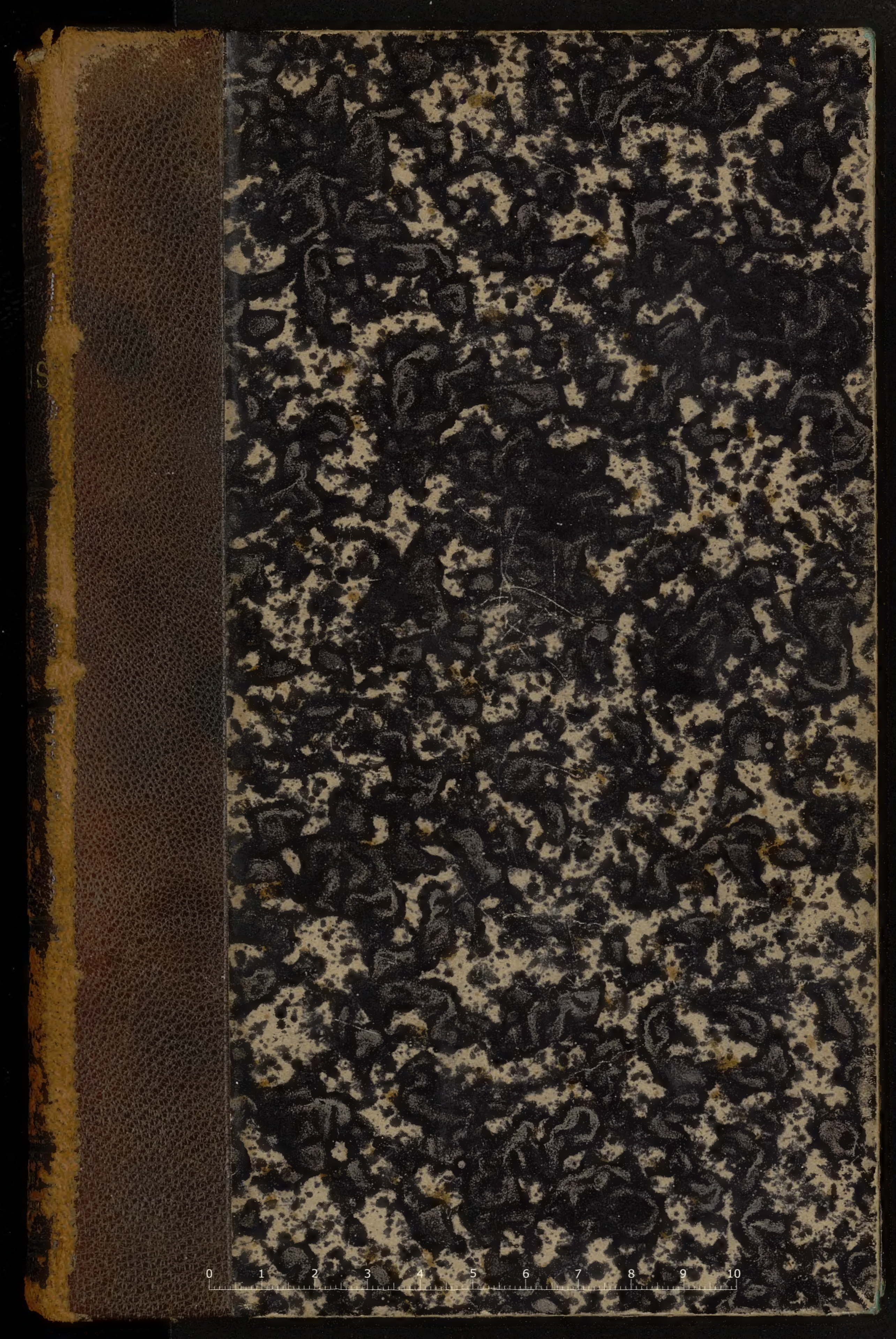
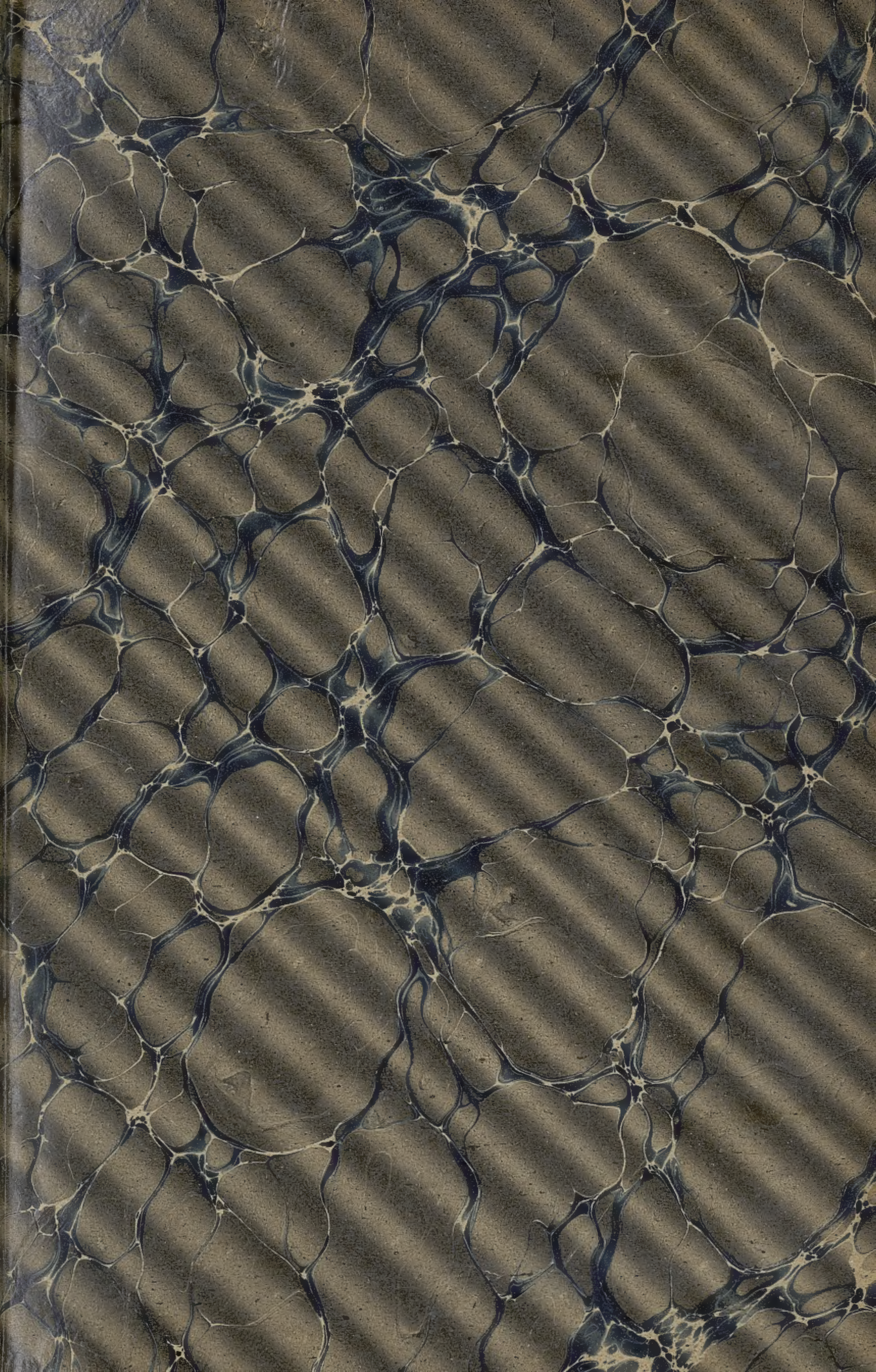






JANUS

ARCHIVES INTERNATIONALES POUR L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET POUR LA GÉOGRAPHIE MÉDICALE.

Imprimerie Hollandsche Stoomdrukkerij- en Uitgeversmaatschappij, Amsterdam.

JANUS

Archives internationales pour l'histoire de la Médecine et la Géographie Médicale.

Rédacteur en chef: Dr. H. F. A. PEYPERS.

Amsterdam, Parkweg 70.

Troisième Année



Rédaction et Administration
Parkweg 70, Amsterdam.

1898.



TABLE DES MATIÈRES.

I. Auteurs.

II. Articles.

LA PESTE DE L'ILE FORMOSE.

Par le Dr. J. J. MATIGNON.

Médecin aide Major de 1e classe de l'armée, attaché à la Légation de France à Pékin.

La peste bubonique existe dans l'île de Formose et l'armée Japonaise a eu à en souffrir dans ses hôpitaux militaires.

Les renseignements sur cette maladie sont peu nombreux et surtout n'ont jusqu' ici été publiés qu' en Japonais.

La peste a particulièrement été étudiée à *Tai Ho Kou* dans le Nord de l'île, un peu au sud-ouest de Kélaung, par une commission composée de M.M. Morita, Hamakoura, Nakamoura, Kaoki, médicins de l'armée japonaise en octobre et novembre 1896.

La maladie parait avoir été importée à Tai Ho Kou d'une contrée éloignée, Amping, située dans le sud de l'île où elle a sévi de septembre à novembre.

Vers le milieu de septembre, un commerçant venu d' Amping meurt peu de jours après son arrivée à Tai Ho Kou d'une maladie qu'on croit tout d'abord être la malaria. Presque en même temps des personnes de son entourage sont emportées en quelques jours. Le mal se propage bientôt et des malades qu'on croit atteints de malaria, présentent des bubons. A la même époque les indigènes constatent une grande mortalité sur les souris et sur les rats et donnent à la maladie le nom de *épidémie des Rats.* En octobre, 3 courriers militaires succombent; leur sang contient le bacille de la peste. L'épidémie atteint son maximum de gravité à la fin d'octobre.

Les médecins Japonais ont observé 50 cas, qui se repartissent ainsi :

4 sur des indigènes.
42 sur des ouvriers et employés militaires.
4 sur des soldats.

Il y eut 22 morts, soit 44 %. L'age moyen des malades était 25 ans. La durée de *l'incubation*, difficile à fixer, serait évaluée par les médecins Japonais à 4 ou 5 jours.

Les *prodromes* peuvent faire défaut. Quand ils existent, on note un abattement général, de la céphalalgie, des frissons répétés, une élévation rapide de la température avec des rémissions insignifiantes, l'accélération du poûls.

La *période d'état* est surtout carractérisée par un abattement profond, un état typhoïde des plus considérables et des plus rapides, une fièvre élevée et la production de bubons.

Passons en revue chaque organe ou système. Le *poûls* suit une marche parallèle à celle de la température. A mesure que celle-ci s'élève à 39°, 39,5°, 40°, le pouls arrive à 110, 120. Fort au début, il s'affaiblit rapidement, devient irrégulier, parfois dicrote.

La *peau* est sèche et chaude. Le malade ne transpire pas et ce n'est que dans les derniers moments que des sueurs se produisent en assez grande quantité.

De très bonne heure les *extrémités*, surtout les mains et les avant bras, se cyanosent; les membres au premier abord semblent être le siège de froidures. Le malade est abattu, l'oeil injecté. La langue blanche, tout d'abord, se sèche vite et se recouvre ainsi que les dents et les lèvres de fuliginosités. La céphalalgie est la douleur dont se plaignent le plus les pestiférés. Elle est tantôt gravative, tantôt lancinante exaspérée par le moindre mouvement. Les idées s'obcurcissent d'une façon précoce. Cette torpeur dans laquelle le malade est si profondement plongé, cesse parfois tout à coup pour faire place à une grande agitation.

Le *délire* n'est pas rare, les patients se lèvent, essayent de s'enfuir. La *surdité* est fréquente. La *gorge* est sèche, brûlante, la soif vive. L'appétit est nul ou perverti. Des nausées se montrent surtout au début de la période d'état, souvent suivies de vomissements, bilieux en général. La *constipation* s'observe chez $^3/_4$ des malades. Les autres ont de la diarrhée. Les matières sont jaunes. Il y a 7 à 8 selles et plus par jour. Chez 6 malades seulement sur 50, le *foie* a paru augmenté de volume, soit 12 $^0/_0$ des cas.

Chez presque tous les malades la *rate* a été trouvée hypertrophiée. Mais les médecins japonais se sont demandés si cette augmentation de volume de la glande était bien le fait de la peste. La plus grande partie de leurs malades a eu en effet la malaria ou le béri-béri, deux affections qui touchent la rate. Cependant ils ont pu constater l'hypertrophie glandulaire chez des patients qni n'avaient jamais eu la malaria ou le béri-béri. Quoiqu' il en soit, ces médecins croient que les lésions de la rate ne sont pas la règle dans la peste.

J'ai fait pour la peste en Mongolie des constatations identiques en ce qui concerne le foie et la rate.

La dilatation du coeur droit est une chose fréquente ainsi qu'un affaiblissement du premier bruit systolique à la pointe. Le 2e bruit pulmonaire a souvent un timbre éclatant.

Le *poumon* ne présente rien d'intéressant, ni à l'auscultation ni à la percussion. Les *crachats gommeux, sucre d'orge, de la pneumonie pesteuse ont toujours fait défaut.* Le *ventre* est parfois bal-

lonné. La paroi abdominale peut être légèrement hyperesthésiée et la palpation rendue douloureuse. *L'urine* est foncée, rare, acide. Des cas d'anurie ont été signalés. Il n'a pas été observé d'albumine.

Le *bubon*, par la douleur qu'il provoque, attire de bonne heure l'attention du malade. Il se montre en général en même temps que s'allume la fièvre, ou peu de temps après. Très souvent le malade se plaint de douleurs au niveau des ganglions et ni l'inspection ni la palpation ne font encore découvrir de glande augmentée de volume. Son siège d'élection est l'aisselle, le cou, puis la région de Scarpa. Plusieurs ganglions enflammés peuvent par leur groupement former des tumeurs assez considérables. Deux fois seulement sur 50 cas on a vu les deux aînes prises. Le bubon une fois formé est dur, douloureux spontanément et à la pression, et cette douleur est bien souvent la seule chose que le malade puisse ressentir encore malgré son grand état de torpeur.

La peau au niveau des ganglions est rouge. Des placards érythémateux, larges parfois comme les deux mains, peuvent recouvrir la moitié de la face interne de la cuisse, remontant au dessus de ligament de Poupart, accompagnent l'inflammation ganglionnaire.

La peau a toujours paru conserver sa mobilité sur la glande.

La *suppuration* du ganglion se produit en moyenne entre le 7e et le 10e jour. Il est tout à fait exceptionnel de la voir s'établir dès le 5e. Dans le sang outre la présence de bacilles, il faut signaler une exagération du nombre des globules blancs.

La *mort* survient en général pendant la période aigue de la maladie vers le 4e jour. La cause la plus ordinaire semble résider dans l' état du cœur, l'affaiblissement progressif de l'organe arrivant vite au collapsus. Il n'est pas rare de voir des malades ayant bien traversé cette phase suraigue de la maladie tomber ensuite dans un état d'anéantissement qui va faisant des progrès lents, mais réguliers, pendant 5 à 6 jours et arriver à la terminaison fatale. Cependant ordinairement les malades qui ont résisté pendant les 4 ou 5 premiers jours de la maladie, ont beaucoup de chances de se tirer d'affaire. Le *pronostic* est surtout réglé par l'état du coeur.

Il n' a pas été fait d'injections de sérum anti-pesteux. Le camphre et la quinine n'ont donné aucun résultat.

Sur 50 malades examinés au point de vue de la porte d'entrée de l'infection, les médecins japonais n'ont trouvé que chez 6 d'entre eux une plaie cutanée favorisant la pénétration du germe spécifique.

LETTERS AND FRAGMENTS OF THOMAS SYDENHAM, EDITED (PARTLY FOR THE FIRST TIME)

BY

J. F. PAYNE, M.D.,

PHYSICIAN TO ST. THOMAS'S HOSPITAL, LONDON.

The letters and manuscripts of Sydenham, which I now publish illustrate both the personal and the professional character of that great Physician.

Two of them have already appeared in print, in publications not likely to have come in the way of most readers of Janus, but all have been carefully copied from the original documents.

The first is a private letter to a friend, Dr. Gould of Oxford. The historical interest of this letter lies in the proof it affords of Sydenham's connection with Wadham College (which without this was doubtful) and of the date at which he returned to the University after the conclusion of the first civil war, matters of interest perhaps, chiefly to English readers. But the characteristic and touching outburst of personal feeling, referring to the ill will of his contemporaries, appealing to posterity and asserting his sole reliance on »Matter of fact", will command the sympathy of a wider circle — of all those who honour the memory of the great Reformer of practical Medicine.

This letter seems to me so full of character that though it has been printed (somewhat incorrectly) in Dr. John Brown's volume of essays called *Horae Subsecivae* (2nd. edition) I have thought it worth reproducing here.

Our second document is the most important historical memorial relating to Sydenham which has been preserved. It lies in the State Paper Office, a petition in Sydenham's own handwriting, adressed to the great protector Oliver Cromwell. There it remained in complete oblivion till discovered by Mrs. Everett Green, and was afterwards printed by Dr. Gee in the St. Bartholomew's Hospital

Reports, vol XIX. It gives some information which we could not get elsewhere, and the official Endorsement »Captain Sydenham's petition" establishes the fact of Sydenham's military service, which has been the subject of much groundless scepticism. There is also appended the official approval of the petition by Cromwell and his recommendation to the Council, which secured for Sydenham a grant of six hundred pounds.

The third letter is one of private advice to a patient. Its professional significance is obvious, and has a special interest as dealing with the Gout, Sydenham's favourite disease, one might say; and with his favourite remedy, the Bark. There must have been many such letters of Sydenham's in existence, but only three or four are now known. This is now printed for the first time.

Our fourth specimen is one of still greater interest. It is an extract from an English Ms. in the possession of the Royal College of Physicians, entitled, Medical Observations by Thomas Sydenham'. Part of it is in Sydenham's handwriting — part not — but it is evidently of Sydenham's authorship. It contains the first sketch for certain parts of the Observationes Medicae, published in 1676 and also for some passages in his later books. Being in English it evidently represents Sydenham's draft of what was afterwards translated into Latin.

The portion here given is closely connected with the account of Variola in Observationes Medicae. It is interesting not only as a specimen of Sydenham's own natural style, but as showing his inner thoughts and aspirations.

This Ms. has been described in Dr. Gordon Latham's Life of Sydenham, but I venture to think not correctly appreciated.

The extract here given is now first published, by permission of the Royal College of Physicians.

I

For Dr. GOULD,
Fellow of Wadham College, in Oxford.

Sir,

I concieve that the salivation, though raised by Mercury in your variolous Patient doeth noe more contraindicate the giving of Paregoricks than if the same had come on of its own accord in a Confluent Pox and therefore it will be convenient for you to give him every night such a quieting medicine as this, R. Aq, cerasor. nigror. ℥ij Laudani liq. gutt. xiiii Syr de Mecon. ℥s.s. But if it shall happen that the Mercury shall at any time exert its operation by stooles you may repeat it oftner

as there shall be occasion, after the same manner as it ought to be done in the first days of Mercuriall unctions, where when a Diarrhoea comes on there is no course so proper to turn the operation of the Mercury upward and to cause a laudable salivation as the giving of Laudanum till the looseness is stopt. As to what you are pleased to mention concerning the success which your selfe and others have had in the trying of my Processes I can only say this, that as I have bin very carefull to write nothing but what was the product of faithfull observation, so when the scandall of my person shall be layd aside and I in my grave, it will appear that I neither suffered myselfe to be decieved by indulging to idle speculations, nor have decieved others by obtruding anything upon them but down-right matter of fact. Be pleased to do me the favour to give my most humble service to Mr. Vice-chancellor your Warden, whose Father, Bishop of Bristoll, was my intimate friend and Countryman; and I myselfe was once a Fellow-commoner of your house, but how long since I should be glad to know from you, as I remember it was in the year that Oxford was surrendered though I had bin of Magdalen Hall some time before.

I am very truely, Sir,

Yours most humble Servant

THO. SYDENHAM.

Pell Mell, Dec. 10: '87. [British Museum Sloane M.S.S. 4376.]

NOTES.

By the „scandall of my person", Sydenham evidently means nothing more than the personal unpopularity which he owed to his former close conection with the Puritan party, but which he seems to have felt deeply.

The Bishop of Bristoll referred to was Gilbert Ironside *the elder*, who had been a country clergyman at Winterbourne Abbas Dorsetshire, near Sydenham's birth-place, Winford Eagle. His son, the Warden of Wadham bore the same name.

The precise year in which Sydenham returned to Oxford and entered Wadham College was 1647 when the University was taken possession of by the Parliamentary Commissioners, not 1646 when the military surrender took place. He had before that been serving as Captain of Horse in the parliamentary army in Dorsetshire.

Sydenham was 63 years old when this letter was written. He died two years later in December 1689.

II

CAPTAIN SYDENHAM's PETITION.

To his Highness the Lord Protector of England, Scotland, and Ireland.

The humble petition of Capt. Thomas Sydemham.

Sheweth:

That ther was due to my brother Major John Sydenham, slayne in

Scotland, a very considerable arrear for sundry and constant services in England and Ireland.

Thatt your Highness Petitioner besides that he was legally entiteled to the sayd arrears did furnish his sayd brother with divers sums of money to inable him to buy horses and other necessaries for his going to Scotland for which your petitioner was never satisfied.

Thatt the severall papers which should certifie the aforementioned services, being all lost upon the death of the sayd Major Sydenham together with whatt else he had, your petitioner was made incapable in the ordinary way to recover what was due.

Thatt your Highness petitioner after a two years attendance on the Parliament for satisfaction, did applie himselfe to a Committee newly constituted for receiving petitions, who upon examination of his case did order that Mr. Carie Rawligh should report their sense to the Parliament, which was that satisfaction should be made him out of Irish lands, butt your petitioner nott being able to gett on the Report till those Lands were past away to Act, would not enjoy the benefit of thatt order.

Your petitioner therefore most humbly prayes your Highness that your Highness will please in consideration of the faythfull and valiant services of your petitioners sayd brother, to order such satisfaction as in your Highness piety and wisdom shall be thought fitt to be made to your petitioner who hath likewise himselfe faythully served the Parliament with the loss of much bloud and therby much disabled his body, for all which yet he never sued for any satisfaction. Your petitioner would likewise insist on the many services of another brother of his, one Major Francis Sydenham, slayne in the West, whose executors never received more than eighty pounds satisfaction of his arrears, but your petitioner shall cease to trouble your Highness.

And your petitioner shall pray etc.

THOMAS SYDENHAM.

Friday March 3rd. 1653.

His Highness being verie sensible of the matters represented in this Petition, is pleased in an especiall manner to recommend it to ye Councill, that they may give the Petitioner due satisfaction, and that with all convenient expedition.

J. SADLER.

(State Papers, Interregnum. Vol. LXVII, *f* 37. An abstract in Green's Calendar of State Papers 1654.)

NOTES.

Major John Sydenham died of wounds received in action during Cromwell's campaign in Scotland, May 1651, aged 25 years.

Major Francis Sydenham was killed at the age of 27 at the taking of Weymouth by the Royalists Feb. 9 1644-5. The town was then held by a Parliamentary garrison under Colonel William Sydenham, his eldest brother.

It is known from other sources that Thomas Sydenham himself

was severely wounded in battle, and left on the field for dead, but when and where this happened is uncertain.

At the time of presenting this petition Sydenham was in his thirtieth year. Although styled Captain he was a Bachelor of Medicine and Fellow of All Souls' College, Oxford. In the next year 1655 he gave up his fellowship, married and probably began medical practice in Westminster. These arrangements were no doubt facilitated by the six hundred pounds which he received as compensation.

III.

For the HONOURED MAJOR HALE at Kings Walden.
Leave this at ye Post house in Hitcham in Hartfordshire.

Sir,

Though I am perfectly satisfied that your case is only that which in men we call Hyperchondriacall, in women Hystericall, proceeding from an Ataxy or Shatteredness of the Animall Spirits and accordingly that a course of steele was a very proper means for you to have bin put under, yet in regard it hath missed of that success which with great reason must have bin expected, I thinke it will be to noe purpose to turn that stone any longer at least after you have taken out the Pills you have allready by you. But 'twill be more adviseable for you for two or three weekes totally to abstain from medicines of all kinds for these two reasons, First for that you have eyther from Dr. Eeles or myselfe charged your body allready with many medicines soe that a little rest from them may be very convenient for you. And then for that I have often observed that medicines have not had theire due effect whilst they have bin takeing, but upon discontinuance the benefit which they have done hath bin manifest. But in case upon tryall for some little time you shall find your symptoms still pressing, I doe earnestly entreat you that you will use a remedy which I know you have a prejudice against, and which if you had not however you may think not at all indicated in your case, and that is the Peruvian Bark. I doe truely affirm to you that as it is as wholesome and innocent as the Bread that you dayly eat, for I have seen it succeed in such cases as yours where neither Antiscorbuticks or Steele have effected anything. If you shall think fit to use this remedy be pleased to give me notice thereat, and I shall give order to Mr. Malthus to furnish you with that which I can depend upon and shall likewise instruct you how to use it. Be pleased to present my most humble service to your Lady, and for your selfe I could heartyly wish instead of a merry Christmas that you might have a smart fit of the Gout, which would quickly dissipate your other fears and those symptoms which if I mistake not doe naturally desire and discharge upon the Articles, and therefore amongst all tamperings that you may be put upon at any time I doe advize you to beware of bleeding

or Purging as diverting this bitter but most effectual remedy, viz. the Gout.

I am, Sir,

Your most humble Servant,

THO. SYDENHAM.

Pell Mell, December the 17th. '87.

(British Museum. Additional M.S.S., 33, 573.)

NOTES.

Mr. Malthus here mentioned was an apothecary living in Pall Mall, whom Sydenham generally employed, and made executor of his will. He was an ancestor of the Revd. T. Malthus, the political economist, whose name is so unjustly associated with certain modern doctrines and practices.

Sydenham's opinion as to the salutary effects of a fit of the gout has been a popular belief in England, especially among the laity, and is probably not quite abandoned in the present day.

IV.

MEDICAL OBSERVATIONS.

This I thought fitt to write both in regard that what I formerly published concerning this disease in a booke of mine entituled *Methodus curandi Febres etc.* was less perfect for want of those opportunities of being thorowlye enformed, which since thas time I have plentifully had, especially in the years 1667 and 1668, in both which the small pox raged more then scarse ever hath bin knowne; and likewise for that I am abundantly sensible of the great mischiefes that are dayly don through mistakes about this disease but especially about its cure, wherein a great pudder is wont to be kept, and the Patient frightened into the enduring the torment of being kept wholl weekes sweltering in his bedd and of being burnt up with cordialls. And all to noe other effect oftentimes than the destruction of the Patient, or at best his cure's appearing to have bin better then it was by his having bin made worse than he needed, both in respect of those great and dangerose accidents to which he was unnecessarily exposed during his sickness, and likewise of the disfiguring impressions remaiuing oftentimes on his face after recovery that otherwise would certeynly have bin avoided. Truely the just indignation I have both at the folly and cruelty of the receaved practise in this disease, provokes me to appeale to the less fallible becanse common reason of mankind whether the event were not to be suspected, if the stoutest Porter or some such person under the happiest circumstances of health and vigour, should be taken from his business and for experiment sake should be putt to bedd, where with the curtains close drawne and a large fire in the roome he should be kept in a sweat or (to use a softer name) in a gentle *mador* for some weekes, being in the meane while carefully assisted by a Nurse or two, who upon the least moving from his furme or putting a finger out of bedd, should correct his error

by heaping on more cloaths. And during all this time nether the use of small beer or anything else that is accustomary or gratefull to his palatt should be allowed him, but instead thereof should be constrained to drinke possett drinke or some such mixture and likewise to take cordialls of sundry and severall forms 3â *vel* 4â *quâque horâ*. For my owne part I should noe less suspect his life to be in hassard under such discipline, then his case to be very uneasy. But to be more seriouse, I doubt not but that by such meanes as these greater slaughters are committed and more havocke made of mankinde every yeare then hath bin made in any age by the sword of the fiercest and most bloody Tyrant that the world ever produced; and which makes it yet more sad, this destruction lights not upon any so much as the youth and more flourishing part of Mankind, amongst whom likewise the richest, as being the best able to be att the charges of dying according to art, suffer most under this calamity. But now whether I have mended the matter both in exhibiting to the world the true if not the only history of this disease, which before lay entangled in the obscurity of notions taken up by bookmen and fitted to Hypotheses wherewith they had prepossessed themselves in their closetts; as allso in delivering a cure that will render this heretofore so fatall a disease as safe as any other whatsoever, will be the Question till 'tis tried but noe longer. And till then I doe not begg but may reasonably challenge a beliefe. I know to write the history of a disease is common, but so to doe it as not to deserve the just contempt expressed by that great Genius of rationall nature, the Lord Bacon, agaynst some undertakers of the like kind is somewhat more difficult. *) "*Satis scimus haberi historiam naturalem, mole amplam,* "*varietate gratam, diligentia saepius curiosam: Attamen si quis ex eâ fabulas* "*et Authorum citationes et inanes controversias, Philologiam denique & orna-* "*menta eximat (quae ad conviviales sermones hominumque doctorum noctes* "*potius quam ad instituendam Philosophiam sint accomodata) ad nil magni* "*res recidet. Longe profecto abest ab eâ Historia quam animo metimur.*" Allso to write the cure of a disease is not less ordinary, but so to doe the same as to render men as potent in actions as words will be thought a greater task by those that shall consider that every Praxis abounds with the cures of those diseases which neither the Auther himself nor any man since could ever cure. But lett me have don the one or the other ever so exactly, yet nevertheless I understand the Genius of this age and with what it is delighted, too well to expect any other reward from men save to be reproached for my paynes, which would have bin bestowed more advantageously to the accommodacion of my fame and interest, either in the starting some new supposition to administer matter of dispute in the schooles, or else in exhibiting to the world the discovery of some minute part in the body which was as much out of the ken of former ages, as it is beyond the skill of this to improve the discoveries of the like nature which are allready made to the reall curing of diseases. However I shall not suffer my selfe to be discouraged by these considerations, but as long as Allmighty God shall give me life, shall still press forward to my avowed

*) Fr. Bacon, De Augmentis Scientiarum, Lib, II, cap. 3.

end of doing all the good I can in my calling, and shall trust him with myselfe and my concerns, enterteyning in the meane time a perfect contempt and undervalluing, either for the scornes of any man upon this account, or for that share of loss which I myselfe (though otherwise noe prodigall of my fortunes) may susteyne in my practice by discovering what I know or shall find out, to every body. Now if it shall be sayd that other men that have seen as much as I and that have bin furnished with sufficient sagacity and parts to make observations, have thought otherwise of the subject here handled, I answere, that its not my business to excuse others, but in my owne defence to attest matter of fact, wherein I am not long able to impose upon the world; but 'twill quicklye be found out whether I have don a benefitt to mankind in this and succeeding ages by what I have here written, or whether like a person of profligated life and manners have drawne upon my selfe the deaths of men, even when I shall be in my grave. But *quid verba audio cum facta videam?* is not because Latine, a wiser saying and more expressive of the vanity of dwelling longer upon this subject, then the Proverb of our owne country. "The proof of the pudding is in the eating."

Written in Juli 1669.

NOTES.

This extract is taken from a long account of the small pox contained in the English Ms. of the College of Physicians. It will be seen that it was written between the publication of *Methodus Curandi Febres* in 1666 and the *Observationes Medicae* in 1676. The general account has a great deal in common with Sect. III cap. 2, of the latter work, on the small pox of 1667-8-9, some passages in both agreeing almost literally; but the arrangement is different. The passage here printed is so thoroughly characteristic of Sydenham that it might be pronounced his on internal evidence alone. But he expresses his criticism of the prevailing treatment of small pox with much less reserve than in his published works. This Ms. supplies important evidence on the disputed question whether Sydenham's works were first composed in English or in Latin — a subject too large to enter upon here — but which I propose to discuss in a forthcoming „Life of Sydenham". It also shews that our author was much influenced by Bacon.

LA PESTE DI FRETO.

VON

Dr. M. HÖFLER, (Tölz-Krankenheil).

In der »Istoria di Corsica dell' Arcidiacono Anton. Pietro Filippini'' (2 edit. tom. II impr. Pisa, pag. 85—89) [1]) ist einer Krankheit unter dem volksüblichen Namen »Mosca'' Erwähnung gethan, welche vielleicht das Interesse der Leser des Janus verdient.

Es handelt sich um eine an der Südküste von Corsika (am Cap Bonifazio) n a c h der Besitznahme dieses Landstriches durch die Toskaner und v o r derjenigen durch die Pisaner, also zwischen dem 10. und 11. Jahrhunderte bei Freto aufgetretene Krankheit, als ein unter dem Namen Ors' Alamanno (= deutscher Baer) über jener Gegend herrschender Guidice di Freto auf dem Monte alto ein Kastell inne hatte. Giovanni—Filippini schreibt darüber:

»Quest' Ors'Alamanno fece pace con i Bonifazini; la quale egli ricercò, essendo di pessima vita, piuttosto per aver campo d'adempir l'avare e libidinose sue voglie, che per alcun animo di bontà, o zelo di religione che fosse in lui. Fatta la pace, di poco in poco si fece Signor di Freto; dopo propose a quegli uomini un abominevole e crudelissimo editto, cioè, che qualunque di loro prendesse moglie pulcella, quella fosse costretta a giacer la prima notte col Signore (sog. Jus primae noctis, Droit de seigneur); ed inoltre, lo sposo gli dovesse dar la mattina seguente la maggior bestia, cavallo, bue o altr' animale ch'avesse in dono. Questo rio costume continuò molti anni, con infinito dispiacer di guelli infelicissimi popoli; finalmente uno di quello stato, chiamato Piobetta (Probetta?), volendo prender moglie e sapendo il pessimo statuto, deliberò di morire, o liberar gli altri di così empia ed enorme imposizione. Costui sapeva prender gli animali con i lacci, come in quella parte anche oggi s'usa; perlochè il giorno innanzi le nozze, sotto color di far mostra, s'acconciò alla mano un destro e bel cavallo, che diceva volergli dare la mattina dopo, secondo l'usanza. Avendo ben acconcio al legro della sella una fune lunga adattata a modo di laccio, se gli accostò: e mentre che Ors'Alamanno abbadava a guardare, glie la messe al collo: il che fatto, stringendo gli sproni al cavallo, strascinandolo l'affogò. A questo spettacolo corse

[1]) Diese Geschichte von Corsika, welche 1594 zuerst erschien, wurde in den ersten 9 Büchern *(bis 1464)* von *Giovanni della Grossa* geschrieben (er sammelte die alten Sagen und Traditionen). Die Zeit bis 1525 setzte sein Schüler *Monteggiani* fort, bis 1559 *Ceccaldi*, bis 1594 *Filippini*, welcher nur die letzten vier Bücher schrieb, aber das gesammte Werk redigierte, so dass es seinen Namen traegt. (GREGOROVIUS. Corsika 2 S. 276.)

allegramente il popolo, ringraziandolo sommamente: il qual popolo, per sfogar l'odio acerbo che col tiranno aveva, prese subito l'armi, e fu da quello il giorno stesso con impeto il castello d' Ors'Alamanno (chiamato Mont'alto) preso e rovinato; e il corpo suo con grandi scherni malamente seppellita; e la sua gente crudelmente fatta morire. Sposò Piobbetta (dopo ch'egli tolsesi il tiranno dagli occhi) la donna, che già voleva torre; alla quale dall' altre donne fu sempre dopo portata reverenza ed onore per quel rispetto; i popoli attesero a vivere a comune; avvegnachè essendo molto più rei, e di peggior sorte di prima, poco di quella loro sfrenata vita gioirono.

Dicesi e medesimamente scrive Giovanni (ancorchè a me non paia molto verisimile) che da indi a un anno, andò a scoprir la sepoltura d'Ors' Alamanno per veder se di quel v'era più cosa alcuna (estimandolo veramente un diavolo dell' Inferno), e che uscì di quella una mosca, la quale col tempo andò tanto avanzando, che in termine d'anni dieci divenne grande come un bue; e che quanta gente a quella si avvicinava uccideva non solo col crudele artiglio ma col fetente fiato ancora; perciocchè era tanto grande la puzza, la quale di quello aborrendo petto usciva, che donde il vento lo portava, seccava fin' alle selve; e gli uomini, avendo abbandonata la propria casa loro, nelle grotte longinque si morivano. Per la qual cosa (ch'è più aperta) con alcuni ingegni, per opera d'un medico pisano uccisero quel pestifero animale. [1]) Essendo con pochi scampato, finalmente mancando d'ungersi d'alcuni preziosi liquori, come gli era stato imposto da quello che tal' unzione propose, che un anno continuo unger si doveva, anch' egli morì.

Per lo che Freto resto quasi disabitato e a que pochi che rimasero fu mossa tanta guerra da' Bonifazini et altri vicini che furono necessitati d'abbandonar que' confini, nè vi restò villa alcuna abitata eccetto quella di Conca.

Questo fatto della mosca, benchè da ogni sano giudizio sia stimato favoloso ed a me stesso così veramente nel medesimo modo

---

[1]) Bei Ceccaldi, dem bis 1559 fortsetzenden Geschichtsforscher von Corsika (Bulletin de la société des sciences historiques et naturelles de la Corse VIII. 149. Anm.) steht hier: „per la qual cosa ancorchè Propeta con alcuni ingegni per opera di un medico pisano uccidesse questa mosca, essendo esso con pochi scampato, mancando di ungersi di alcuni pretiosi liquori de' quali gli era stato imposta da quello che si untasse un anno continuo, dopo anch' egli si morì."

paja; nondimeno anche oggidì si veggono ne' monti dell' umane ossa e per le solinghe grotte di quei dirupati monti ivi vicini; e gli abitanti tengono e affermano per certissimo, che fossero degli uomini morti della questa mosca."

Wenn nun auch der gelehrte Giovanni della Grossa mit Recht an der »Mosca" zweifelte und sie für ein Fabelgebilde hielt, so ist doch an der Thatsache, dass zu jener Zeit eine hoechst ansteckende Krankheit bei Freto in Corsika herrschte, nicht zu zweifeln. Die Erzaehlung von der Mücke oder Fliege, die zu einer Ochsen-Mücke sich auswuchs, entspricht vollkommen dem Erkenntnissgrade der damaligen breiteren Volksschichten.

Das Volk stellte sich eben die Krankheitsursache als eine elbische Mücke dar, die als Neuntoeter oder Nachzehrer im Grabe eines Menschen weilt. Der Geist dieses Verstorbenen zehrt noch an dem Marke und Blute seiner ihn überlebenden Sippe, in der dann noch nach dem Tode eine Haus- oder Ortsseuche herrscht, sodass sogar ein ganzes lebendes Geschlecht darüber zu Grunde gehen kann, das heisst: die mit dem Toten begrabene Krankheitsursache dauert in der nachlebenden Sippe, die auszehrenden Krankheiten erliegt, noch fort.

Wer die Fabel von der »Mücke" mit volkskundlichen Augen liest, weiss sofort, wie er sich diese zu deuten hat, auch wenn sie sich zur Ochsenfliege auswächst, womit die spaeteren, nacherzählenden Generationen eben nur das Ungeheuerliche der Seuche wiedergeben wollten; das Gleiche gilt ja auch vom Drachen und Lintwurm, die es auch nie gegeben hat, womit aber das Volk nur die enorme Morbiditaet und Mortalitaet der nach dem Volksglauben daemonistisch veranlassten Seuche ausdrücken will. Dieser Gedankengang ist international, weil eben die Beobachtung eine allgemein moegliche ist. Setzen wir an die Stelle des vom Volke angenommenen, »eingefleischten boesen Wichtes" in Mückengestalt eine sich ins Ungeheuerliche vermehrende, Infections-Krankheiten erzeugende Mikrobe, so ist uns das Verständniss der ganzen Krankheit viel näher gerückt.

Jedenfalls dürfen wir aus der ganzen Erzählung des Giovanni della Grossa Folgendes entnehmen: Zur Zeit der Herrschaft eines gewissen, vom Volke »Deutscher Baer" (longobardischer Signore [1])

---

[1]) Der „Alamanne" steht hier in Corsika sicher im Gegensatze zum Franken, der schon früher unter Karl d. Gr. gegen die Sarazenen auf Corsika gekämpft hatte und Alamanne war dann soviel als Deutscher oder ein nach deutschem Rechte und nach deutscher Sitte Lebender, worunter man auch noch die longobardischen Markgrafen oder Signori verstanden haben kann.

genannten Gewalthabers verkehren alle neuvermählten Weiber einer bestimmten Küstengegend von Corsika (Freto), gezwungen durch das den Corsen neue Jus primae noctis, welches dieser der Sinnenlust ergebene fremde Herr auf seine Vasallen gelegt hatte, geschlechtlich mit diesem Wüstling; diese Gepflogenheit dauerte mehrere Jahre. Nach dem gewaltsamen Tode dieses »deutschen Baeren" kommen seine früheren Unterthanen zu der Überzeugung, dass die ein Jahr nach seinem Tode aufgetretene Seuche durch denselben verursacht bezw. durch Ansteckung verbreitet worden sei und dass diese Krankheit auch noch andauere, obwohl der eigentliche Anstecker bereits verstorben war; das Volk suchte, wie anderwärts auch, den Nachzehrer im Grabe und Körper des deutschen Baeren und findet ihn in Gestalt einer Mücke, die nach weitverbreitetem Volksglauben die Gestalt eines elbischen Krankheitsdaemons ist. Ob diese Krankheit früher schon in Corsika bekannt war, laesst sich nicht entnehmen; eher moechte man annehmen 1) dass sie bis dahin unbekannt war und als eine sog. neue Krankheit aufgetreten ist, welche 2) innerhalb der naechsten 10 Jahre auf eine ganz bestimmte Örtlichkeit beschränkt geblieben ist und 3) die ganze Bevölkerung des Küstenortes mit Ausnahme der (vielleicht schon früher durchseuchten) Concha (Marina di Freto) so stark heimsuchte, dass 4) die unbehandelt gebliebenen mit schweren eitrigen, übelriechenden Geschwüren in Aussatzform behaftet wurden; 5) die Ansteckung breitete sich innerhalb der Familien so aus, dass die Ortschaft wie ein Pestherd gemieden wurde; 6) Die Kranken wurden in Grotten ausgesetzt, weil sie als unheilbar und ansteckend angesehen wurden, wo sie allmählich zu Grunde gingen; 7) die Krankheit wurde durch einen Arzt aus Pisa mittelst einer Schmierkur, [1]) der sich jeder Kranke längere Zeit zu unterwerfen hatte, geheilt; 8) derjenige, welcher gegen die aerztliche Vorschrift es versäumt hatte, diese Schmierkur ein Jahr lang fortzusetzen, starb deswegen noch spaeter.

Welche andere Krankheit kann dies gewesen sein als die Syphilis, die, wie das Falcadine, die Radesyge, das Skerljewo, die Brünner Krankheit, etc. als eine lokale Endemie auftrat und weil unbehandelt, eine ganze Ortschaft pestartig dezimierte.

Der Hauptbeweis für die syphilitische Natur dieser 10 jährigen

---

1) Gregorovius erzählt, dass jeder corsische Bandit bis auf unsere Tage etwas Sublimat bei sich führte; dieses specifische Mittel kann wohl zum vermeintlichen Universalmittel beim Volke sich ausgebildet haben.

Endemie (la peste di Freto) liegt in dem Umstande, dass sie durch Schmierkuren zum Verschwinden gebracht wurde; denn damit haben wir die Möglichkeit lokale Lepra auszuschliessen, an die Bubonenpest ist ohnehin bei dem ganz lokalen Character der Epidemie nicht zu denken.

Furchtbar muss diese Endemie an jenem Orte gehaust haben, wenn noch nach vielen Jahrhunderten das Volk die Erinnerung an die Ochsen-Mücke und an die deswegen in Grotten ausgesetzten Kranken sich bewahrt hatte. Solche Ereignisse verschwinden am wenigsten aus der Erinnerung eines Volkes, wenn dieses an Ort und Stelle sesshaft bleibt. Der Chronist muss ebenfalls von der Thatsache [1]) einer Endemie überzeugt gewesen sein, wenn er auch nicht an die »Fabel" der Ochsen-Mücke geglaubt hat. In Deutschland liess man noch zur Zeit Ulrich von Hutten's die Syphilis aus Maden und Mücken-Schwaermen entstehen. Ist die Annahme, dass die Pest von Freto eine lokale Syphilis-Endemie war, richtig, dann wäre sicher ein wertvoller Beitrag zur Geschichte der Medizin mit diesen Zeilen geliefert.

---

[1]) Man halte nicht den Einwand entgegen, dass es nur „Tradition" sei; die ganze korsische Geschichte in ihren Hauptmomenten und tiefgreifendsten Vorgängen lebte u. lebt z. T. noch im Munde des korsischen Volkes. So sicher Sampiero lebte, so sicher gab es auch einen Ors' Alamanno und eine Peste di Freto. Vergl. Sage und Forschung v. F. Ohlenschlager (1885).

La Peste a exterminé le peuple grec!?

Un écrivain dans »Lippincott's Magazine" soutient cette théorie que la nation grecque, de la periode classique, fut anéantie par la peste dans huit pays différents, c'est pourquoi le grec moderne n'est pas un grec du tout. Il dit que le classique helléne type classique de l'antiquité représentè en sculpture et décrit en poésie était grand de taille et très fort. Le nez grec bien connu appartenait en propre a cette race, aucune autre nation ancienne ou moderne n'offre ce type nasal qu'à titre exceptionnel. L'ancien grec était blond, sa chevelure était épaise et formait des boucles frisées. Ses yeux étaient bleus. Le grec moderne ne possède aucun des caractères physiques précédents, sauf la chevelure frisée qui toutefois est brune. C'est pour ces motifs que nombre de lettrés allemands, ont déclaré que le grec moderne n'est pas un grec et que l'ancien a peu a peu disparu et s'est éteint. A premiere vue l'évidence semblerait prouver cette théorie d'une manière concluante. Non seulement le grec moderne diffère de l'ancien au physique, mais il y a encore des raisons historiques pour croire qu'il n'y a pas de parenté entre eux. Au 8e siècle la peste a dévasté la Grèce; les Slaves et les Albanais ont rempli les régions dépeuplées. La peste semble donc avoir occasionné la disparition de la population grecque et son remplacement par les Slaves et les Albanais. Dr. Millot-Carpentier.

LA DOCTRINE HUMORALE DES HINDOUS ET LE RIG-VÉDA.

PAR LE DR. LIÉTARD, DE PLOMBIÈRES.

I.

L'un des problèmes les plus embarrassants, parmi ceux qui préoccupent actuellement les historiens de la médecine antique, est incontestablement celui qui a trait aux sources de la médecine de l'Inde, et au degré d'originalité que cette médecine conserve, lorsqu'on la rapproche des enseignements fournis par les traditions des philosophes physiologues et des vieilles doctrines de la période hippocratique. Depuis trois quarts de siècle, cette question a été abordée dans un certain nombre de travaux divers; chemin faisant, elle s'est enrichie de documents intéressants; mais, il faut bien avouer que depuis cinquante ans, c'est-a-dire, depuis la publication du mémoire d'Allan Webb, [1]) la solution n'a pas beaucoup avancé. Aujourd'hui comme alors, les opinions les plus contradictoires ont leurs défenseurs. La question n'est pourtant pas insoluble, et un jour, prochain peut être, elle sera résolue. Tout récemment encore, dans un ouvrage important et plein d'érudition, M. le Professeur Fasbender [2]), de Berlin, l'a reprise à un point de vue particulier, mais sans lui donner une conclusion bien formelle. Je l'ai moi-même esquissée dans plusieurs publications, [3]) et je ne renonce pas au projet de la traiter plus amplement et plus complètement. En ce moment, mon but est simplement d'en étudier un détail particulier, néanmoins très intéressant.

---

1) Allan Webb. *The historical relations of ancient Hindu with Greek medicin in connection, etc.* Calcutta, 1850.

2) H. Fasbender, *Entwickelungslehre, Geburtshülfe und Gynäkologie in den hippokratischen Schriften.* Stuttgart, 1897. 8o.

3) V. Surtout: *Suçruta* (art. du Dictionn. encyclopéd. des sc. médicales Sér. III, T. XII, pp. 638—671.)

Chacun sait aujourd'hui ou peut aisément apprendre que la pathogénie des Hindous repose sur une doctrine complètement humorale laquelle a, elle-même, pour base la conception de l'existence, dans le corps humain auquel elles servent de substratum, de trois humeurs radicales, l'air (vâta) la bile (pitta) et le phlegme on pituite (çleshman). A ces trois humeurs s'en est adjointe, un peu plus tard, une quatrième, le sang qui primitivement ne faisait pas partie de la série, à ce qu'il semble. On sait d'autre part que les Grecs avaient une doctrine semblable, invoquée à chaque pas dans certaines oeuvres hippocratiques, dans les fragments des physiologues qui sont conservés, et complètement systématisée dans les oeuvres de Galien. Les quatre humeurs des Grecs étaient le sang, la bile, l'atrabile et le phlegme ou pituite. A première vue, une analogie évidente apparait entre les deux séries élémentaires, la différence étant que les Hindous comptaient l'air au nombre des humeurs radicales, et que chez eux il remplaçait l'atrabile des Grecs. Mais lorsque, par l'examen comparatif des textes, on étudie chez les Hindous et chez les Grecs le développement de la théorie humorale, ce n'est plus une analogie que l'on constate, c'est une parenté tellement étroite que, comme l'a dit Allan Webb (*op. cit.* p. 9), la ressemblance entre les deux systèmes est telle que certainement, elle ne peut pas être le résultat de circonstances accidentelles. Il est, en réalité, impossible de regarder ces deux systèmes comme des produits parallèles, nés loin l'un de l'autre sous l'influence de préoccupations identiques. Il n'y a pour les deux pays qu' une seule et même doctrine, et le problème revient à ceci: des deux peuples, quel fut le prêteur et quel fut l'emprunteur?

Ici surgit une grave complication. Il se trouve que, de part et d'autre, en Grèce comme dans l'Inde, la doctrine des humeurs radicales se relie, par des racines profondes et inextricables, à celles des éléments cosmiques, sortes de corps simples (air, eau, terre, feu, éther), dont les combinaisons indéfiniment variables sont, comme chacun d'eux, des sortes de véhicules par lesquels les humeurs, leurs associations et leurs dérivés, les organes, le corps humain en un mot, reçoivent les influences morbifiques. Mais, cette théorie cosmologique, essentiellement philosophique, se retrouve la même, exactement, dans les deux pays. Il en résulte que la solution qui s'appliquera à la question des analogies de la doctrine humorale, devra également donner la clé du problème philosophique et cosmologique. Or, aujourd'hui encore, les historiens de la philosophie sont en plein désaccord, comme l'apprend entre autres, l'intéressant petit livre,

tout récemment paru, du professeur Richard Garbe, dans son chapitre: *the connection between indian and greek philosophy.* [1])

II.

En présence de tant de difficultés, il fallait s'attendre à ce que la critique tînt compte des moindres indices, fournis par la tradition et les documents les plus anciens. L'Inde possède, dans les quatre Védas, tout un corps de littérature d'une haute antiquité, et remontant, pour certaines parties du Rig-Véda, par exemple, à une époque notoirement antérieure à tout ce que la Grèce nous a conservé. La médecine de l'Atharva-Véda, lequel, à tort ou à raison, passe pour le moins ancien, est surtout magique et conjuratoire. Dans le Rig-Véda, où il est très fréquemment fait allusion aux médecins, aux maladies et aux remèdes, les données médicales revètent un tout autre caractère. C'est par allusions, par métaphores, etc., en rapport presque toujours avec le sacrifice, que l'art de guérir est mis en jeu. Il y aurait là, pour l'étude de la médecine primitive de l'Inde, une véritable mine à exploiter; mais, pour cela il serait nécessaire que l'on possèdât, du Rig-Véda, une traduction sûre et précise, ne laissant dans l'esprit aucune indécision sur la signification des passages à utiliser. En attendant, l'énigme védique existe toujours, et aujourd'hui encore, pour traduire le Véda, il est nécessaire au préalable d'adopter ou de se faire, sur le sens général de l'oeuvre, une théorie forcément exclusive des autres.

Déjà, pourtant, mais toujours un peu à l'aventure, on s'est hasardé sur ce terrain; quelques recherches ont été faites, appuyées par une critique nécessairement chancelante; il y a justement trente ans que Daremberg et moi, simultanément, nous avons publié de courts mémoires sur ce sujet.

A travers les traductions, on a cru rencontrer des relations entre certains passages du Rig-Véda et les doctrines ultérieures de l'époque brahmanique. Il y a surtout un fragment d'hymne qu' on trouve assez fréquemment invoqué pour montrer que la doctrine humorale, dont il vient d'être question tout à l'heure, remonte jusqu'à l'époque védique. Si le fait était bien prouvé, s'il était sérieusement établi qu' une allusion, claire et incontestable, à la doctrine des trois

---

[1]) R. Garbe, *Philosophy of ancient India.* Chicago, 1897. 8o. 89 pp. v. pp. 32—56. De ce chapître, on pourra utilement rapprocher certaines parties d'un autre ouvrage de R. Garbe, (*Die Sâmkhya-philosophie,* Leipzig, 1894), notamment celles qui sont consacrées à la Cosmologie et à la Physiologie. (Sect. III. Chap. I et II. pp. 199—284).

humeurs radicales est mentionnée, fût-ce en quelques mots, dans les premières parties du Rig-Véda, la priorité en faveur de l'Inde sur la Grèce aurait grande chance de se voir admise. Il ne resterait guère à y opposer que l'hypothèse d'une interpolation, bien difficilement admissible en pareil cas. C'est ce petit problème qui va être élucidé.

Le fragment dont il s'agit (car, il n'y en a qu'un seul) appartient à l'hymne 34 du premier Mandala, c. à. d. de la première des dix sections dont se compose le recueil. Il comprend les versets 6 et 7. Les traductions qui en ont été données, diffèrent sensiblement; pour éviter toute erreur, j'ai prié M. Barth, sanscritiste éminent, de m'en fournir une traduction aussi textuelle que possible; je la mets sous les yeux du lecteur:

RV. I, xxxiv. 6. Trois fois, açvins [1]), donnez nous les remèdes célestes, trois fois les terrestres, trois fois aussi (ceux qui viennent) des eaux; — Faveur prospérité pour mon fils; *apportez triple protection, maîtres de la splendeur.*

id. 7. Trois fois, açvins, jour par jour, dignes de nos offrandes, faisant le tour de la terre, sur la triple jonchée [2]), vous vous posez; — par les trois espacées, (la terre, l'air et le ciel), Nâsatya [3]) montés sur char, comme le souffle, le vent [4]), aux demeures, vous venez.

Le passage souligné ci-dessus: »apportez triple protection, maîtres de la splendeur«, est celui sur lequel repose la conjecture; à première vue, il ne semble en rien la justifier. Mais, les premiers traducteurs, ceux sur la foi desquels on s'est appuyé, ont accepté la version fournie par le célèbre commentateur Sâyana, qui traduit ainsi: donnez-nous le bien-être consistant dans l'apaisement du *tridhatu* air-bile-phlegme. Or, Sâyana a rédigé son ample commentaire une longue série de siècles après la rédaction du texte, à une époque où la théorie humorale, complètement élaborée, universellement admise, faisait le fond doctrinal des grandes oeuvres classiques et se répercutait dans tous les manuels courants. Il a forcé le sens, pour mettre le passage à la mode. Il a forcé le sens et le texte, car l'expression (çarman) qu'il traduit par *bien être*, signific *protection*, et *tridhatu* n'a que la signification de *triple*. Langlois, qui, dans sa traduction, (t. I. p. 64) insère le sens du commentateur, a soin d'ajouter en note (p. 266 note 16): »Ce sens est celui du commen-

[1]) Deux divinités très-complexes, qualifiées souvent comme médecins.
[2]) La jonchée de plantes, sur le sol, autour de l'autel.
[3]) Qualificatif des açvins, dont le sens est *véridique*.
[4]) Langlois, forçant le sens, traduit: l'air vital.

tateur; mais on peut en trouver un tout autre. Ces mots signifient simplement: *triplex auxilium ferte.*" Malgré cette réserve, la traduction fautive a fait quelque fortune, et, Daremberg lui-même, dans le mémoire signalé plus haut [1]), insère (p. 7) d'après Langlois et Wilson: »donnez lui ce bien-être qui résulte de l'agrégat des trois humeurs." Il ne pouvait y avoir de sa part aucune intention de controverse, car, son opinion était formellement arrêtée, mieux arrêtée que documentée; il était simplement convaincu que la médecine grecque est absolument indépendante de la médecine de l'Inde, c'est à dire purement et simplement autochtone. Il supprimait la question, pour n'avoir pas à la résoudre. Quant à l'expression *tridhatu*, triple, composé de trois, il n'y a aucune importance à y attacher, pas plus qu'au mot *tris*, trois fois. Ils sont la caractéristique de l'hymne, qui se présente comme une sorte d'amusement littéraire, où on a accumulé tout ce qui va par trois. Les expressions triple et trois, qui se rencontrent sept fois dans les deux versets cités, ne se trouvent pas moins de trente-cinq fois dans les neuf premiers versets de l'hymne qui en a douze en tout. D'après M. Barth, l'expression *tridhatu* de la strophe 6 pourrait s'expliquer en dédoublant celle qui est traduite par prospérité, mot complexe dont le sens est à la fois bonheur et prospérité. La triple protection sollicitée consisterait en faveur, bonheur et prospérité.

Quoiqu'il en soit, un fait reste certain; il n'y a pas lieu de s'arrêter au sens donné par le commentateur Sâyana; il n'est nullement question, dans le passage invoqué, de la trinité humorale qui est la base de la doctrine indienne; rien ne permet d'en reporter l'origine jusqu'au Rig-Véda, et si la priorité de la doctrine des Hindous sur celle des Grecs doit être un jour établie, ce sera à l'aide d'autres arguments.

---

[1]) Ch. Daremberg. *Recherches sur l'état primitif de la médecine pendant la période primitive de l'histoire des Indous.* Paris, 1867. 24 pp. 8o. (Extr. de l'Union médicale.)

DIE ARKESILAS-SCHALE UND DAS SILPHIUM.

VON DR. ADOLF KRONFELD in *Wien*.

Unter den Schätzen des »Cabinet des Médailles" der Nationalbibliothek in Paris befindet sich die Arkesilas-Schale, ein antikes Gefäss, das sowohl culturhistorisch wie historisch, archäologisch wie medicinisch unser höchstes Interesse verdient. In den folgenden Zeilen soll insbesondere die Bedeutung dieser Schale für die Geschichte der Medicin beleuchtet werden. Es liegt im Wesen der Sache, dass hierbei einige archäologische Momente berührt werden.

Die Arkesilas-Schale gehört in die Reihe der sogenannten Kyrenischen Gefässe; sie wurde in Vulci gefunden und kam aus der Collection *Durand* in die Pariser Sammlung. Die Gefässe Kyrenischen Stiles haben folgende technische Merkmale:[1]) Der Vasenthon ist ausserordentlich leicht. Seine feuerrothe oder orangegelbe Grundfarbe ist meistens mit einer weissen Tünche gedeckt. Die Gefässe haben die Form einer Schale mit nach unten abgerundetem Bauch, die sich nach oben erweitert in Form eines umgestürzten Kegelabschnittes, d. h. deren Profil eine gerade, schräg gestellte Linie ist. Vergl. Fig. I. Der Fuss ist schlank und hoch. Die Henkel sind aus einer dünnen Thonrolle gebildet und von feiner Arbeit. Auf einem sehr glatten gelblich-weissen Grunde sind die Zeichnungen aufgetragen, d. h. mit einem glänzenden Schwarz ausgeführt, das hie und da durch Roth und Weiss gehoben ist. Diese beiden Farben sind undurchsichtig. Die Randzonen sind fein ausgeführt, obwohl im Allgemeinen die Zeichnung frei, unrichtig und nachlässig erscheint. Auf der Arkesilas-Schale sind die Gesichter schwarz und die Bärte roth. Als Ornamente bemerkt man auf den Kyrenischen Vasen gewöhnlich Blumen- und Knospen-Guirlanden in conventioneller Form; besonders häufig ist eine Verkreuzung von Stralenlinien, die dicke Punkte tragen und an Fischernetze oder Stoffransen erinnern. Manchesmal erscheint dieses Ornament vereinfacht als eine Reihe dicker Punkte, von welchen nach oben je drei Stralen ausgehen. Vielleicht sind durch dieses conventionelle Ornament Granatäpfel angedeutet. Ferner ist auf diesen Schalen häufig ein Blumenornament zu sehen; es ist auch zuweilen auf den Köpfen der dargestellten Personen angebracht.

Die Arkesilas-Schale.

(Vide pag. 22.)

(Vide pag. 27.)

Ornamental sind schliesslich steife, magere Palmetten, die an Metallarbeit erinnern.

Die spärlichen und schlecht erhaltenen Inschriften zeigen gewisse Eigentümlichkeiten, auf welche hier nicht weiter eingegangen werden kann.

Die Polyphem-Schale, die des Arkesilas und die der Nymphe Kyrene sind Typen der Fabrik oder der Fabriken, welche kyrenische Schalen erzeugt haben. Neuerdings hat noch *Urlichs* [2]) eine Schale dieses Typus beschrieben.

Im Inneren der uns beschäftigenden Arkesilas-Schale ist das Bildmotiv in zwei Abschnitte geteilt. In dem oberen und grösseren Segmente sitzt König *Arkesilas* dem Abwiegen des *kyrenäischen Silphiums* vor.

Die Alten schrieben dieser Pflanze wunderbare Eigenschaften zu: sie war ein Universal-Gegengift, sie heilte bösartige Wunden, machte die Blinden sehend und die Greise jung. Sie wirkte krampfstillend, harntreibend, gegen Verstopfung u. s. w. u. s. w. Als kostbares Gewürz war Silphium sehr gesucht. Diese Pflanze ist auf den kyrenäischen Münzen abgebildet, denn sie machte einen der grössten Reichtümer dieses Landes aus; man wog sie mit Gold auf.

Schon unter *Nero* verschwindet die Pflanze aus dem Handel und aus der Erinnerung. Lange behauptete sich die — auch heute noch auftauchende — Ansicht, dass das Silphium eine Thapsiaart gewesen sei. *Schroff* (3) hat diese irrige Meinung als ganz haltlos nachgewiesen. In seiner umfangreichen und fleissigen Arbeit stellte er fest, dass Silphium und Thapsia pharmakologisch sehr verschieden seien. Die Untersuchung einer in der Gegend des ehemaligen Kyrene gesammelten Wurzelrinde (Thapsia) ergab das Resultat, dass das Wirksame derselben in dem harzhaltigen, in eigenen Gängen enhaltenen Milchsafte der Wurzelrinde zu suchen ist, und dass sowohl Alkohol als Aether dasselbe aufzulösen und in sich aufzunehmen vermögen, daher die mittelst dieser Auszugsmittel bereiteten Extracte alle wirksamen Bestandtheile in sich enthalten, während weder das nach geschehener Ausziehung mittelst Alkohol oder Aether zurückbleibende Pulver, noch die aus der gepulverten Wurzelrinde, sei es durch Aufgiessen oder durch Abkochen, gewonnenen wässerigen Extracte irgend eine wahrnehmbare Wirkung auf den lebenden Organismus äussern. In den Ländern, in welchen Thapsia garganica und ihre Varietät, Thapsia Silphium, vorkommt, wird dieselbe seit den ältesten Zeiten bis auf unsere Tage innerlich als Abführmittel und äusserlich als Zusatz zu zertheilenden Umschlägen und gegen Hautausschläge benützt.

In den ältesten Schriften über Arznei- und Gewächskunde ist von einer Pflanze die Rede, welche den Namen *Thapsia* führt; so bei *Theophrast,* bei den *Hippokratikern,* bei *Dioscorides* und *Plinius.* Theophrast sagt Folgendes von ihr aus (Cib. 9. c. 9. 6.): Das Blatt der Thapsia ähnelt dem Fenchel, nur ist es breiter, der Stengel ist ferulaartig, die Wurzel weiss; (Cib. 9. c. 8. 3.) wird der Wurzelsaft für stärker erklärt als die Frucht. (Cib. 9. c. 8. 5.) Die Arzneikrämer und Wurzelgräber ordnen an, man müsse sich beim Ausgraben der Wurzel, so wie bei einigen anderen, so auch bei der Thapsia vom Winde abgewendet stellen und früher den Körper mit Oel einreiben; denn der Körper schwelle an, wenn man im Winde stehe. (Cib. 9. c. 9. 1.) Von einigen Pflanzen ist die Wurzel und der Saft im Gebrauch, wie vom Scammonium, Cyclamen und von der Thapsia. (Cib. 9. c. 20. 3.) Die Wurzel der Thapsia bewirkt Erbrechen, wenn sie aber jemand behält, den purgirt sie nach auf- und abwärts; sie vermag aber auch Sugillationen zu heben; auch andere Unterlaufungen macht sie weiss. Der Saft derselben ist stärker als sie und purgirt nach auf- und abwärts. Vom Samen macht man keinen Gebrauch. Sie wächst zwar auch anderwärts, doch auch in Attica; das einheimische Weidevieh rührt sie nicht an, das fremde aber weidet sie ab, und es entsteht bei ihnen Durchfall, oder sie gehen zu Grunde. Noch gibt Theophrast (Cib. 9. c. 9. 5.) als etwas Merkwürdiges an, dass der eine Theil der Wurzel nach aufwärts, der andere nach abwärts purgire.

Dioscorides widmet der Thapsia das 154. (157.) Capitel im 4. Buch seiner ὕλη ἰατρική. Unter den Synonymen führt er auch Scammonium an, bei den Römern heisse sie Ferulago, auch wohl Ferula silvestris.

In den Schriften der *Hippokratiker* wird an mehreren Orten die Thapsia erwähnt. So wird sie (de morb. mulier. 1.634) mit Polenta gegen Husten der Kinder, in einem Aufguss in Verbindung mit weisser Niesswurz und Elaterium am Ende der Lungenentzündung empfohlen (de morb. 3.493). Betrunkenen soll man, wenn sie wieder zu sich gekommen, den Saft sehr verdünnt geben, damit sie ihn schnell wieder wegbrechen (de morb. 3.499). Aeusserlich diente die Thapsia als zehrtheilendes Mittel (de superfoetat. 265), auch brauchte man sie zur Beförderung der Menstruation in Mutterklystieren und Mutterkerzen (de superfoetat. 265, de nat. mul. 575, de morb. mul. 1.628).

Plinius handelt im 13. B. 22. c. von der Thapsia. Er erklärt sie für giftig, sie sei sogar dem darnach Grabenden nachtheilig. Von der geringsten Ausdünstung schwelle der Körper auf, im Ge-

sichte bekomme man die Rose davon, wesshalb man vorher dasselbe mit Wachssalbe überziehe. Dennoch soll das Mittel nach Versicherung der Aerzte, fügt er hinzu, in einigen Krankheiten Dienste leisten, wenn es mit anderen Dingen gemischt wird, dessgleichen gegen Haarausfall und braune und blaue Flecken, als ob uns die Heilmittel in dem Grade fehlten, dass wir zu Giften unsere Zuflucht nehmen müssten. Die Thapsia aus Afrika wirkt am heftigsten. Zuletzt erzählt er noch folgende Geschichte. Kaiser *Nero* brachte im Anfang seiner Regierung dieses Mittel in grossen Ruf, indem er sein bei nächtlichen Streifereien zerschlagenes Gesicht mit dieser Salbe und einer Zumischung von Weihrauch und Wachs bestrich und dann am folgenden Tage, allem Gerüchte zum Trotz, eine heile Haut zur Schau trug.

Es gibt nicht viele Medicinalpflanzen der alten Welt, von denen man mit einer solchen Sicherheit behaupten kann, dass sie mit uns genau bekannten Pflanzen zusammen fallen, wie dies mit der *Thapsia der Alten* und mit *Thapsia Silphium* und *Th. garganica* unserer Botaniker der Fall ist. Selbst jener etwas übertriebenen Aengstlichkeit beim Ausgraben der Wurzel, welche nur bei Windstille und nachdem die nackten Theile der Haut gehörig eingesalbt worden waren, vorgenommen werden durfte, lag die auf Wahrheit beruhende Beobachtung zu Grunde, dass der scharfe Milchsaft der Wurzel dieser Pflanze die Haut zu entzünden vermag. Aehnliche Vorkehrungen wurden von den alten Wurzelgräbern theils aus wirklicher Furcht, theils aber auch nur aus Charlatanerie, um ihr Handwerk recht gefährlich erscheinen zu lassen, bei der Ausgrabung selbst solcher Wurzeln empfohlen, bei denen diese Vorsicht durch gar nichts gerechtfertigt war, wie bei der Ausgrabung der weissen und schwarzen Niesswurzel, und hat sich diese Ansicht bis in nicht fern liegende Zeiten erhalten.

Bei diesem Sachverhalte, fährt *Schroff* fort, beantwortet sich die Frage: Ist *Thapsia Silphium die Mutterpflanze des Silphium Kyrenaicum* der alten Griechen? von selbst *verneinend*, weil die Alten unter Thapsia eine ganz andere Pflanze verstanden als unter Silphium uud weil sie diesen beiden Pflanzen wesentlich verschiedene Eigenschaften zugeschrieben haben. Wie sehr auch im Verlaufe der Jahrtausende die Ansichten über Wohlgeruch und Wohlgeschmack der verschiedenen Stoffe auseinander gehen mögen, so sehr ist einestheils die Beschaffenheit der Pflanzen und andererseits die menschliche Organisation und Natur von damals und jetzt nicht verschieden, dass Dinge, welche, in den Magen und Darm gebracht, die heftigsten

Magen- und Darmschmerzen, nicht selten Erbrechen und constant Durchfall und überdies in der Mundhöhle die langdauernde Empfindung, als ob eine heisse Flüssigkeit die in derselben befindlichen Theile verbrannt habe, bewirken, in irgend einer Periode des Menschengeschlechtes als geschätzte Genussmittel sollten gedient haben, wenn wir auch der *Darwin'schen* Theorie einen noch so grossen Spielraum gönnen.

Wenn also auch diese Untersuchung ausser allen Zweifel gestellt hat, dass die bisher von den Reisenden und von so vielen Botanikern aufgestellte Behauptung, als sei Thapsia garganica *L.* und insbesondere Thapsia Silphium *Viv.* die Mutterpflanze des kyrenäischen Silphium der Alten, *auf einem Irrthum beruht*, so ist sie in Beziehung auf die Flora classica doch nicht bloss negativer Natur geblieben, indem sie für eine andere Medizinalpflanze der alten Welt, für die *Thapsia der alten Griechen und Römer*, in unserer Pflanze den sicheren Repräsentanten aufgefunden hat.

Neuere Untersuchungen über Silphium ergeben Folgendes: Das Silphium der alten Griechen war *erstens* eine *wolriechende* Pflanze, welche in der Landschaft Kyrene gedieh, *zweitens* eine knoblauchartig riechende Pflanze in Persien. Letztere dürfte mit dem Stinkasant (Scorodosma foetidum) identisch sein. Die erstere war von der grössten nationalökonomischen und medicinischen Bedeutung. Jeder Theil der Pflanze hatte seinen hohen Wert. Die jungen Sprossen gaben das feinste und kostbarste Gemüse, der Stengel galt in Griechenland als Delicatesse. Der eingedickte Saft von Stengel und Wurzel wurde zu Würzen verwendet; er bildete das kostbare Laserpitium der Römer. Die dicke Wurzel kam in Scheiben geschnitten in den Handel. Über die wunderbare Heilkraft des Silphiums haben wir bereits berichtet.

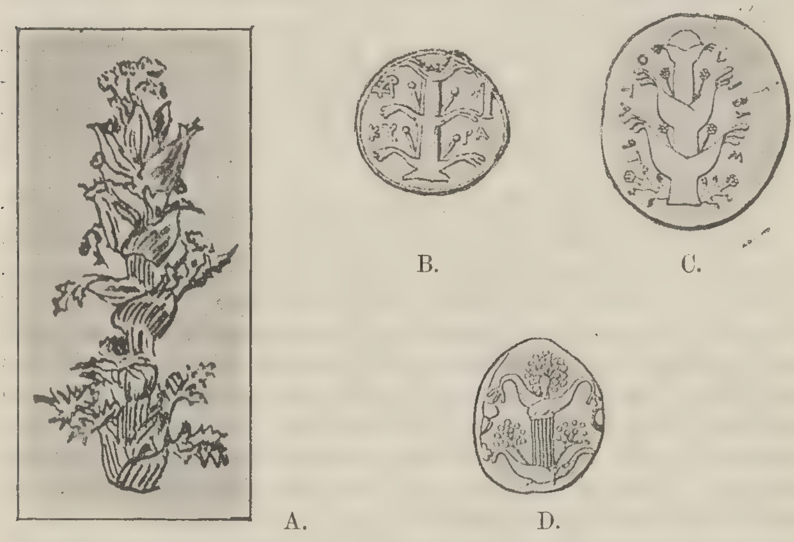
Gegenwärtig gehören zur Gattung Silphium Compositen, unter diesen die Kompasspflanze (S. laciniatum) in den Prärieen Nordamerika's. Sie führt, beiläufig bemerkt, den Namen daher, dass ihre Blattflächen nach Norden und Süden orientirt sind. Diese Eigenschaft steht nicht, wie man früher annahm, mit dem Erdmagnetismus in Zusammenhang, sondern beruht auf einem speciellen Fall von Heliotropismus. [4])

Oerstedt [5]) unterscheidet zwischen medischem und kyrenäischem Silphium; ersteres war nach ihm die Asa foetida.

Der englische Botaniker *Falconer* hat im nördlichem Kaschmir ein hohes Doldengewächs gefunden, welches eine Art Asa foetida liefert und von ihm als Nartex bestimmt wurde. Die Abbildung dieser Pflanze entspricht dem Silphium der Münzen, so dass un-

zweifelhaft die in Kyrene ausgestorbene Art ihr nahe verwandt war.

Friedländer [6]) meint: »Diese Abbildung entspricht genau dem Bilde der Münzen.... ein neuer Beweis, dass Naturgegenstände auf den griechischen Münzen mit der bewunderungswürdigsten Wahrheit und Characteristik dargestellt sind." Wir geben hier eine Abbildung der Nartex nach einer Skizze und drei Darstellungen von kyrenäischen Münzen wieder, welche das Silphium darstellen. [7])



B. C.

A. D.

Wir kehren nach dieser botanisch-pharmakologischen Exkursion zur Beschreibung unserer Schale zurück. Arkesilas, der »Held" der Darstellung, sitzt auf einem Klappsessel (Siehe Fig. III). Er trägt auf dem Kopfe einen Petasus mit aufgebogenen Rändern, der in eine Art von Blumenzierrath endigt; bekleidet ist er mit einem langen weissen Chiton und einem schwarzroth gestreiften Himation, dessen Bordüre eingewebte Stickereien trägt. Zu Füssen des Königs, unter dem Sessel, liegt ein zahmer Panther. Der König hält das Scepter in der linken Hand und sieht nach der Wage (σταϑμός), auf der das Silphium in Ballen gewogen wird.

Fast ein Unicum in der Vasenmalerei und am bemerkenswertesten ist die *realistische Tendenz*, der Wunsch des (unbekannten) Vasenmalers, ein genauestes ethnographisches und historisches Document mit seinen Mitteln zu liefern. Der Schauplatz ist nicht unbestimmt, wie bei den allermeisten antiken Malereien. Im Gegentheil! Wir befinden uns leibhaftig im Hafen von Kyrene, auf dem Deck des Schiffes, das bald absegeln und die kostbarste Ware in die Fremde

tragen soll. Die Wage ist an einer Rae aufgehängt; das geballte Silphium wird in Säcken oder in Binsenkörben gewogen. Ein Mann scheint dem Könige zu melden: »Gleichgewicht". Etwas weiter entfernt steht erhobenen Hauptes Jener, der das Silphium zurechtlegt, der Silphiumarbeiter (*σλιφομαχος* für *σιλφιόμαχος*). Neben Diesem sehen wir drei Korbträger; einer (*ἱρμοφόρος*) wendet sich um und frägt den König: »Soll ich wegnehmen?" (*ὀρύξω*). Er fürchtet offenbar, zu gut gewogen zu haben.

Aber schon beeilen sich Matrosen unter der Aufsicht eines Wächters, die Säcke in den unteren Schiffsraum zu schaffen. Ein verwischtes Wort hinter dem ersten Matrosen (M . . . Ξ) und die Buchstaben M A E N . . hinter dem zweiten Korbträger sind noch nicht plausibel erklärt.

Die Jahreszeit der Handlung ist sehr sinnig angegeben: Es ist Spätherbst oder Winters Anfang. Zwei Männer begrüssen, nach Ansicht einiger Erklärer, freudig die Ankunft der Zugvögel, die aus dem Norden der warmen Zone zustreben. Wahrscheinlicher ist es freilich, dass die Männer die Schwankungen der Wage beobachten. Jedenfalls characterisiren die Zugvögel den Spätherbst. Von der langen Meerfahrt erschöpft, lassen sich einige Vögel auf dem Mastwerk des Schiffes nieder. Auf den Fuss eines grossen fliegenden Vogels soll sich eine Heuschrecke gesetzt haben. Natürlicher und wol auch richtig ist die Deutung, dass dieser Kranich (oder Storch, oder Marabu nach *Studnitzka*) [11]) sein Junges mitführt.

Der Künstler will die Küste, an der die Handlung vor sich geht, genauer bestimmen, indem er einige, Nordafrika eigenthümliche Thiere darstellt. Ein Affe sitzt auf der Segelstange. Die Eidechse, das der Sonne heilige Thier, erinnert an die heisse Zone, wo das Silphium gedeiht. Vielleicht ist die Meinung gestattet, dass diese Eidechse das Gallionsbild des Schiffes darstellt, das der Künstler losgelöst zur Anschauung bringt. Schliesslich ruht ein zahmer Panther zu Füssen des afrikanischen Königs.

Thiere auf Vasenbildern sind ein sehr häufiger Befund. Sie mögen hier und da als „Füllornament" gedacht sein; in den meisten Fällen jedoch haben sie eine tiefere Bedeutung und stehen zur Handlung in Bezug, Wir sehen auf dem schönen Vasenbilde, welches *Amphiaraos*' Auszug darstellt (in Berlin, abgebildet in Mon. Inst. X, 4 u. 5), eine Schlange, einen Vogel, eine Eule über den Pferden, einen Hasen, ein Stachelschwein und eine Eidechse. Was da kreucht und fleucht, ist hier gewiss in prophetischem Sinne als unglückverheissend gedacht. Wir sehen auf anderen Vasen den raschen Reiter vom schnellen

Adler, das Kind vom Hasen begleitet. Wer noch an der spezifischen Bedeutung dieser Thierbeigaben zweifelt, für den ist das Studium der Thierwelt auf der Arkesilas-Schale geradezu überzeugend.

Wir befinden uns also an der nordafrikanischen Küste zur Spätherbstzeit, das sagen die Thiere auf der Schale. Die folgenden Deutungen *Puchstein's* über den gemächlichen Affen, der auf dem Balken hockt, sind weit hergeholt. Ein Affe auf dem Schiffe, zur Belustigung und schliesslich zum Verkauf mitgeführt, ist ein zu häufiges Vorkommnis, um es mit aegyptischen Todesvorstellungen erklären zu wollen. Das Motiv der nach Süden ziehenden und rastenden Vogelwelt gibt dem Bilde eine allgemein verständliche, fast moderne Stimmung:

»Doch ist es Jedem angeboren,
Dass sein Gefühl hinauf und vorwärts dringt,
Wenn . . . über Flächen, über Seen
Der Kranich nach der Heimat strebt."

Weiser [16]) liefert eine kurze und bündige, wenn auch in den Details nicht stimmende Beschreibung. »Die . . . . Mannschaft befindet sich in einem zappelnden Zustande, der mit ihrer sonstigen, fast aegyptischen Steifheit characteristisch contrastirt, und die Aufschrift OXYPO = fest! über dem Kopfe eines Arbeiters, sowie MAEN = rasch! im Speicher (id est: im Schiffsraume) unten . . . beweist, dass hier ein scharfes Kommando herrscht."

Dagegen ist eine Bemerkung *Schreiber's* [18]) verunglückt. Den Vasenmaler zwinge ein durch die ganze antike Kunst streng waltendes Gesetz, das Gesetz, die gegebene Bildfläche auszufüllen, zu manchen der Wirklichkeit widersprechenden Freiheiten. Man vergleiche, wie in dem Rundbilde der Arkesilas-Schale der Kreisabschnitt unter der Hauptscene ausgenützt wird. Uns erscheint, im Gegensatze zu *Schreiber*, gerade die Verteilung von Menschen, Thieren und Sachen auf diesem Bilde meisterhaft und lebendig gezeichnet.

Zu beachten ist, im Gegensatze zu *Schreiber,* das Fehlen jeder Symmetrie, das ungezwungene, lebendige Hinstellen der Figuren, die so wenig nach Schönheitslinien, so wenig aesthetisch aufgefasst sind, dass man sie für den ersten Moment fur Karrikaturen halten könnte, ja gehalten hat. Kein Suchen nach Adel, nach Idealisirung, nach regelrechter Gruppirung! Ebenso wenig ein Hereinziehen religiöser, mystischer oder heroischer Vorstellungen! Ethnographische Malerei, weit mehr Genre als grosse Historie — das ist das Eigentümliche der Darstellung. Alles lebt und arbeitet und drückt durch

leibhaftigste Mimik die Rolle aus, die jeder Theil an dem Ganzen hat. So können wir, dank der realistischen Malerei, noch heute einer wichtigen Ceremonie beiwohnen, die sich vor ungefähr 25. Saeculis jährlich im Hafen von Kyrene abgespielt hat.

Die Erklärung der Schale ist das Produkt mehrerer, zum Theile sehr scharfsinniger Untersuchungen. Ein Blick auf das Bild und die Thatsache, dass Kyrene und Aegypten Nachbarländer sind, erklärt den starken Einfluss aegyptischer Malweise auf dieses griechische Werk.

So schreibt *Puchstein* [8]): Auf aegyptischen Wandgemälden ist sehr häufig dargestellt, wie dem sitzenden Herrn die Tribute und Erträgnisse seiner Besitzungen dargebracht werden.

Häufig findet sich die Darstellung des Abwägens von Getreide, Goldringen u. s. w. Diese Darstellung ist in dem Todtengericht vor *Osiris* zu einem bedeutungsvollen und selbständigen Gemälde ausgebildet. Vor dem Throne des *Osiris* wird das Herz des Verstorbenen mit der Wahrheit gewogen, *Horus* beobachtet die eine Wagschale und *Anubis* die zweite und zugleich die Zunge, nach der er die Hand ausstreckt. Der ibisköpfige *Thot* verzeichnet das Resultat der Wägung. Bei Scenen aus dem gewöhnlichen Leben kommen auch Lastträger hinzu.

Auf der Arkesilasschale deutet der »Sliphomachos" auf die Wagenzunge; ein Unbenannter beobachtet die zweite Schale; entsprechend *Thot* oder dem Schreiber bedeutet *Sophostos* seinem Herrn Zahl und Gewicht der gewogenen Massen. Die Lastträger fehlen auch nicht und ein echt ägyptische Figur ist der sie beaufsichtigende Wächter. (*Dümichen*, Resultate T. VIII, Baedeker, Aegypten, Seite 411 u. 414).

Diese Analogien des griechischen und aegyptischen Bildes können nicht zufällig sein. Der aegyptische Schurz des *Sliphomachos* (»macha" heist ägyptische »Wage", »wägen") u. *Sophostos*, ferner die auf dem Todtengericht und unserer Schale identische Form des Wagebalkens sind nicht ausschlaggebend. »Aber auffallend für griechische Sitte ist die Verwendung einer so fremdländischen Bestie wie des Panthers als Hausthier, das friedlich unter dem Stuhl seines Herrn lagert, während die Aegypter ausser den Hunden und Katzen auch Affen und andere Bewohner afrikanischer Wildnis im Hause hielten." Der über der Wage sitzende Affe geht nach Puchstein zweifellos auf ägyptische Anschauung zurück; es ist der *Kynokephalos*, ein Symbol des *Thot*, des Gottes für Mass und Zahl, wie er auf der ägyptischen Wage an derselben Stelle fast regelmässig

erscheint. — Dass dieses Vergleichsmoment zu weit hergeholt ist, haben wir bereits früher betont.

Gänzlich auf Irrwegen befindet sich *Milchhoefer* [9]), der Folgendes ausführt: Vor Allem hätte gerade die Darstellung des Königs *Arkesilas* als Inspicienten seiner Ware jeden Gedanken an Kyrene als Fabriksort dieser Schale entfernen sollen. Ein historisches Bild aus der Gegenwart, an Ort und Stelle gefertigt, dürfte diesen Charakter annehmen? Oder sollen wir glauben, dass aegyptische Einrichtungen (bis auf die Form der Wage), aegyptische Hausthiere und aegyptische Tracht, die Schürzen einiger Arbeiter, bis zu diesem Grade in Kyrene Eingang gefunden haben? Wenn auch die Darstellung des Handelskönigs nicht eine »moquante Carricatur" sei, sei sie deshalb freizusprechen von gewisser Ironie, oder mindestens von ergötzlicher Naivetät der Auffassung? Wie konnte der Künstler dieser Schale unter den Augen des Königs, inmitten seiner getreuen Unterthanen gedeihen? Nur an drittem Orte durfte sich Wirklichkeit und Phantastik so seltsam mischen, etwa in Kreta. — Die Bemerkungen *Milchhoefer's* bedürfen nach Obigem keiner Widerlegung mehr.

Ausser einigen Bruchstücken aus Naukratis sind alle Schalen kyrenischen Stils in Italien gefunden worden; dir Arkesilas-Schale in Vulci, die Polyphem-Schale in Nola. Schon lange wissen wir, dass die Vasen wichtige Handelsartikel waren, dass sie zumeist nicht dort fabrizirt wurden, wo wir sie heute finden. Der Fabriksort kyrenischer Töpferware ist freilich noch strittig. *Klein* [10]) denkt an Lakonien, der eigentümlichen Sigma-Form der Inschriften wegen, *Milchhoefer* an Kreta u. s. w. *Witte* und *Brunn* denken an eine Fabrik in Kyrene selbst, eine Ansicht, der man sich nach kurzer Überlegung wol anschliessen muss. Gerade die Anklänge an aegyptische Malweise machen es wahrscheinlich, dass der Künstler in Kyrene selbst, wo im VI. Jahrhundert intime Beziehungen zu Aegypten bestanden, gelebt hat. Unter *Amasis* (570-526) existirte sogar ein Schutz- und Trutzbündnis zwischen beiden Staaten, neben den Handelsbeziehungen sogar Connubium. Das entscheidende Wort für Kyrene hat *Studnitzka* [11]) gesprochen. Durch Parallelen weist er nach, dass eine keramische Fabrik in Kyrene bestanden hat. Auf einer in Naukratis gefundenen Schale (Fragmente im Britischen Museum) sieht *Studnitzka* die Nymphe Kyrene, die grosse Schutzgöttin der Stadt, die einen Silphiumzweig und einen Zweig vom Baume der Hesperiden in den Händen hat. In den kleinen Figuren, so die Göttin umflattern, sind nach demselben Autor die guten Genien des Wachstums, die Borea-

den, ferner Harpyen, vielleicht Verkörperungen jener nördlichen Luftströmungen, die den Pflanzen der heissen Regionen günstig sind, dargestellt.

Gegen *Studnitzka* nimmt unseres Wissens nur *Milliet* [1]) Stellung. Auf den Münzen ist der Stengel des Silphiums viel dicker dargestellt als in der Malerei, was der Wirklichkeit entspricht, denn nach *Theophrastus* war der Stengel des Silphiums ungefähr so dick wie der des Narthex [17]). Die Münzen geben uns die Vorstellung einer Pflanze, deren dicker Stengel von ungestielten, wechselständigen, scheidenförmigen Blättern umgeben ist und deren zahlreiche Doldenblüthen aus der Spitze des gemeinschaftlichen Stieles hervorkommen. Diese sehr characteristischen Details sind auf den kyrenischen Münzen ausgezeichnet veranschaulicht, während der Zweig auf der von *Studnitzka* edirten Schale eine jener conventionellen Blumen trägt, denen man so oft auf den griechischen Vasen begegnet und die man gewöhnlich Lotusblumen nennt, obwohl sie ebenso gut eine Lilie oder eine Rose darstellen könnten.

Auch in Bezug auf die Herstellungszeit der Schale herrschen einige Widerspräche. Vier Könige haben den Namen *Arkesilas* getragen. Die Dynastie war im Jahre 640 a. Chr. n. von *Battos* begründet worden. Der erste *Arkesilas* regierte von 594—583, der Zweite von 560—550, der Vierte wurde im Jahre 450 ermordet. Im Jahre 466 hatte er den Preis im Wettfahren bei den pythischen Spielen errungen. *Pindar* feiert seinen Triumph. Welcher der vier Könige ist auf unserer Schale verewigt? *Puchstein* [8]), *Rayet* und *Collignon* [12]) denken an *Arkesilas II.*, einen gefürchteten Tyrannen. Der Künstler habe ihn dargestellt, wie er von seinen ängstlichen Unterthanen eine fürchterliche Abgabe fordert. *Welker* [12]), *Jahn* [14]), *Milchhoefer* [9]) und *Babelon* [15]) meinen, dass es sich um *Arkesilas IV*, handle, weil die Malerei späteren Datums als vom Jahre 466 sein müsse. Die Inschriften lassen sich thatsächlich mit jenen des Helms vergleichen, den *Hieron I.* in der 80. Olympiade (460—457) nach Olympia gespendet hat.

Hiemit glauben wir die wichtigsten, auch medizinisch hervorragenden Momente betont zu haben, welche die *Arkesilas*-Schale geradezu zu einem Unicum stempeln. Wir haben es versucht, in die Frage nach dem Silphium, nach seinem Standorte u. s. w. mit den schönen und reichen Mitteln der Archäologie einiges Licht zu bringen. Verschiedene, unwillkürlich auftauchende Kunstfragen mussten hier unbeantwortet bleiben. Wir hoffen auf Nachsicht, wenn wir trotzdem bei der Archäologie vielleicht zu lange verweilt haben. In einer Zeit, das man sich mit der *Herostatos*-Idee trägt, dem Arzte die

classische Vorbildung zu rauben, in Oesterreich sogar ernstlich daran geht, dem Mediciner die naturwissenschaftliche Ausbildung zu verkürzen, darf ein Arzt auf Verzeihung hoffen, wenn er länger und lieber, als unbedingt notwendig, bei einem Thema verweilt, in welchem Antike und Naturwissenschaft sich berühren.

LITERATUR.

1) *Milliet*, Etudes sur les premières périodes de la céramique grecque.
2) *Urlichs*, Beiträge zur Kunstgeschichte.
3) *Schroff*, Ueber das Silphium der alten Griechen. Med. Jahrbücher, 1862, I u. II.
4) *Stahl*, Ueber Kompasspflanzen.
5) *Oerstedt*, Zeitschr. f. Ethnologie, III, 3.
6) *Friedländer*, Numismat. Zeitschr., 1872.
7) *Baumeister*, Denkmäler, II, p. 948. (Müller, Mon. de l'anc. Afrique, I, p. 23, IV, Tafel I, 17a).
8) *Puchstein*, Arch. Zeitung, 1880, 1881.
9) *Milchhoefer*, Die Anfänge der Kunst in Griechenland.
10) *Klein*, Euphronios.
11) *Studnitzka*, Kyrene.
12) *Rayet* und *Collignon*, Hist. de la céram.
13) *Welker*, Antike Denkmäler.
14) *Jahn*, Vasensammlung, Vorwort.
15) *Babelon*, Le cabinet des antiques.
16) *Weiser*, Bilderatlas, II. Aufl., Tafel 67.
17) *Plinius*, Historia naturalis, IX 42.
18) *Schreiber*, Kunsthist. Bilderatlas, I, Einleitung.

EXPERIMENTS WITH Dr. UNNA'S NEW METHOD OF TREATING LEPROSY.

BY Dr. J. A. VOORTHUIS *(Apeldoorn).*

Whilst practising in Deli East-coast of Sumatra in 1894 several cases of Leprosy amongst Europeans came under my notice. I then heard of Dr. Unna's new method of treatment and found occasion to ask this eminent dermatologist to enable me to make some experiments with his method. As in Deli Lepra, often in very desperate forms, was at the time rather frequent amongst chinese coolies on tobacco plantations I had a good opportunity for testing this new method.

Dr. Unna by extensive pathological investigations had found out that one substance exists in the human body provided with complete immunity against the Lepra-bacillus, namely the muscle substance. He therefor thought it of great importance to treat Lepers with a preparation principally consisting of muscle substance. He found a very suitable solution in *Valentine's meat juice.* In the beginning he applied this fluid by subcutaneous injections; only a marked influence on the tubercles was observed but they had no practical result.

He then resolved to introduce the substance directly in the blood by intraveinous injections, by which proceeding the effect on the leprous tubercles proved more distinct.

The meat-juice is a completely sterile preparation. After opening the bottle it can for a very long time be preserved, provided the substance be covered with a small layer of a 1 $^0/_0$ oilsolution of chloretum hydrargyricum.

For diluting the meatjuice we used an artificial serum consisting of chloret. natr. 0,5 natr. phosphor. bas. 0,1 aq. destill. 100 which serum can easily be sterilised by boiling just before use.

The skin being carefully cleansed, one of the bigger veins at the elbow is made to swell by finger-pressure and the fine needle of a Pravaz-syringe being easily introduced, the fluid is very slowly injected.

We commenced with 0,2 c.c. M. meatjuice diluted with the same quantity of the artificial serum. The sequel of such an injection is

that the patient directly afterwards feels a distressing sense of dizziness, gets chilly and has shivering fits, frequently accompanied by chattering of the teeth.

The temperature of the body is raised to 39° or 40° C., which elevation lasts for an hour or two, where after the former state of health returns. Every second day an injection was repeated and the quantity of meatjuice injected, increased; within a few weeks this quantity could be raised to 1 c.c. M. at once.

I could never observe the slightest disturbance of the general state of health in the four cases I treated, which were all chinese coolies on tobacco-plantations. One of them acquired Beri-Beri in the course of the treatment and we were obliged to stop. He died a few weeks afterwards.

In the other cases distinct amelioration of the general state was obvious; in all cases a direct effect of the medication on the tubercles was easily noticed; this effect only appeared after four or five injections had been made. The nodules and tubercles became reddened and swollen; some of them weakened and a few were within a few weeks totally resorbed; others again could be emptied by incision. On the contrary there were also tubercles which only became reddened and swollen without afterwards being weakened or resorbed. Allthough no durable cure can be mentioned, the remarkable amelioration of the general condition of the patients and the active influence on the nodules and tubercles stated in my four cases, the complete account of which will shortly appear in a paper edited by Dr. Broes van Dort, seem to indicate urgently the continuation of this experiments and the study of the influence of other muscle extracts on Leprosy.

CONTRIBUTION A LA GEOGRAPHIE MEDICALE DES MALADIES AFRICAINES.

Par le Dr. J. BRAULT,

Professeur à l'École d'Alger, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

L'on peut se demander de prime abord s'il existe des maladies véritablement Africaines; toutefois, quand on a pris la peine d'étudier la géographie médicale des contrées exotiques, l'on arrive assez vite à se convaincre que notre continent a bien sa physionomie spéciale en pathologie.

Sans doute, de par sa situation, l'Afrique, ne nous présente que la pathologie des pays chauds et des tropiques dans les deux hémisphères, car elle est contenue tout entière dans ces zones; mais il faut surtout retenir que c'est le *continent noir*, qu'elle est en grande partie habitée par les nègres vrais; voilà une des raisons majeures de sa pathologie si spéciale.

De même que les diverses espèces animales réagissent différemment vis-à-vis des microbes et de leurs toxines; de même, les différentes races humaines présentent d'assez fortes dissemblances, surtout dans leurs milieux respectifs. Les exemples ne sauraient me faire défaut.

Chacun connait la prédilection marquée de la tuberculose, du choléra, de la peste, du tétanos pour la race noire; l'on sait aussi la résistance des nègres vis-à-vis de diverses affections: la carcinose, le paludisme, la dysenterie, la fièvre jaune et le phagédénisme dit des pays chauds. Quelques maladies comme le pian et l'aïnhum, semblent s'attaquer presqu' exclusivement aux noirs.

Certains auteurs considèrent d'ailleurs ces affections comme des maladies d'origine africaine ayant eu pour berceau la côte occidentale d'Afrique. L'aïnhum surtout parait bien une maladie partie de notre côte ouest, toutefois elle a été constatée dans des points si divers, (sans que les observateurs aient toujours pris soin de nous indiquer la race et la provenance de leurs sujets), que nous hésitons encore à considérer la maladie comme nous appartenant en propre au point de vue originel. [1])

---

[1]) Quelques auteurs pensent aussi que la lèpre a eu l'Egypte pour berceau et voient en elle une maladie d'extraction africaine.

En somme, sur le chapitre des maladies microbiennes, ou de cause encore indéterminée, nous entrevoyons déjà la raison des particularités si nombreuses de la géographie médicale africaine, mais il faut bien le reconnaître, c'est par dessus tout la parasitologie, qui peut expliquer le titre de notre mémoire.

Les maladies dues à des parasites animaux sont celles qui se ressentent le plus du milieu, ici même, il faut tenir compte de la longitude, je n'en veux pour preuve que la physionomie toute particulière de la côte ouest du continent africain. [1]) Sans doute, certaines des affections de cette côte inhospitalière, ont pu se rencontrer dans le nouveau-monde, lors de la traite, mais depuis elles se sont repliées sur leur pays d'origine montrant bien qu'elles étaient simplement importées. Si nous regardons à l'opposite nous voyons les maladies africaines faire un peu tache sus la côte d'Asie qui nous regarde, mais il faut ici tenir encore grandement compte de l'importation due aux pélérinages imposés par la religion islamique.

En raison de conditions sociologiques diverses l'Afrique a pu faire des échanges des deux côtés, soit avec l'Amérique, soit avec l'Asie; elle n'en garde pas moins malgré tout, un cachet bien spécial au point de vue de la géographie médicale.

Certains parasites non particuliers à l'Afrique s'y rencontrent plus spécialement. Dans cet ordre d'idées nous avons sur la côte ouest le *dragonneau* et la *puce chique*, sur la côte est le toenia malgache et un peu partout *l'ankylostome.* [2])

D'autres parasites de minime importance en pathologie sont jusqu' à preuve du contraire exclusivement africains, j'ai nommé: le *strongylus subtilis,* le *pentastomum constrictum* et le *ver du Cayor.*

Mais j'ai hâte d'arriver aux véritables maladies africaines: *La Bilharziose*, les *filarioses diurne et persistante, le craw-craw,* la *maladie du sommeil, le Goundou.*

Je vais esquisser successivement la géographie médicale de ces diverses affections.

Bilharziose.

La Bilharziose n'a encore été observée qu' en Afrique et sur la côte d'Asie qui nous regarde, il semble que la maladie quitte comme

---

[1]) La météréologie et les conditions telluriques sont loin d'etre indifférentes, d'autant que la faune et la flore du pays peuvent intervenir comme intermédiaires.

[2]) Ce dernier est si fréquent en Egypte et dans toutes les populations du continent que l'on a pu appeler la cachexie qu'il occasionne la chlorose d'Egypte ou encore la cachexie africaine. Toutefois, il faut le reconnaître, le parasite détermine très rarement de l'anémie chez les nègres.

à regret sa partrie d'origine; de toutes les affections que nous allons passer en revue elle est de beaucoup la plus répandue.

L'Egypte est surtout le pays de la Bilharzie, Koch a observé l'hématurie caractéristique 9 fois sur 10 chez les indigènes égyptiens.

La maladie s'étend malheureusement dans l'Afrique septentionale, nous ne savons rien touchant le Maroc et la Tripolitaine mais il est très probable que la maladie s'y rencontre.

Pour ce qui est des pays intermédiaires: l'Algérie et la Tunisie, voici ce que nous connaissons.

En 1891, au mois de juin, je crois avois donné la preuve scientifique de l'infestation de notre colonie de la Régence, j'ai eu à ce propos à soutenir une lutte de priorité contre mr. Villeneuve de Marseille; avec sa haute compétence Mr. le professeur R. Blanchard [1]) a tranché le débat; je ne rapporterai ici que la dernière phrase de sa critique, la voïci: »Je crois donc résumer impartialement le débat qui s'est élevé entre Villeneuve et Brault en disant que les deux observateurs ont fait connaître simultanément et indépendamment l'un de l'autre l'endémicité de la Bilharziose en Tunisie, tout au moins dans le sud de ce pays; toutefois ce fait capital n'a été démontré avec une certitude absolue, qu' à la suite du travail de Brault." [2])

Mon observation précisait le centre de Gafsa [3]), l'année suivante Cahier signala un cas venant de Gabès. Un peu plus tard Sonsino constatait plusieurs cas à Gabès et sur les bords du Chott-el-Djêrid à Kebilli. D'après cet auteur c'est dans le centre de Gafsa que j'ai signalé, que l'affection se montre la plus fréquente et la plus grave, elle y est endémique et parfois aussi sévère qu'en Egypte.

Comme le dit monsieur le professeur R. Blanchard dans son livre sur les vers du sang en 1895, j'ai émis l'opinion que l'Algérie n'était pas absolument indemne.

Dans une lettre écrite en 1891 à la gazette hebdomadaire [4]) de médecine et de chirurgie j'ai en effet déclaré que le sud de la province de Constantine sur les confins de la Tunisie était *probablement* infesté par le parasite. Je m'appuyais sur la configuration géographique du pays et sur une observation malheureusement trop vieille. Il s'agissait d'un officier qui avait présenté l'hématurie caractéristique

---

[1]) R. Blanchard vers du sang page 95 et suivantes, tome II des hématozoaires de l'homme et des animaux 1895.

[2]) Voir gazette hebdomadaire et Lyon médical 1891.

[3]) Il s'agissait d'un soldat français qui avait été manifestement pris après plusieurs mois de séjour dans cette garnison.

[4]) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Paris 1891, page 409.

15 ans auparavant dans le sud Constantinois, au moment où je l'observais, il présentait des signes de pyélo-néphrite, mais malgré de nombreux examens, je n'ai pas pu retrouver d'oeufs, je n'étais probablement plus que devant les derniers vestiges de l'affection parasitaire.

Les régions des Chotts, dans le sud Constantinois et dans le sud oranais, me paraissent des pays propices pour le développement de l'endémie bilharzienne.

L'on parle depuis quelque temps de cas observés dans le grand sud algérien, mais bien que ces constatations soient la confirmation de mes prévisions, je me vois tant qu' à présent, obligé de faire quelques réserves sur l'origine autochtone de ces observations, parce qu'il s'agit de négres soudanais qui ont pu être atteints dans leur pays d'origine.

Le Tell, comme le nord de la Tunisie (Sonsino), me semble déjà une contrée un peu froide pour le développement de la Bilharzie, quant à la région des hauts-plateaux, nous savons que les hautes altitudes opposent au parasite une barrière infranchissable.

Sur la côte occidentale d'Afrique si riche en parasites de toutes espèces, la Bilharziose ne pouvait manquer. Elle existe à n'en point douter sur la Côte d'Or et au Cameroun.

Sur la côte Orientale, la Bilharzie se rencontre depuis l'Egypte jusqu'au Cap de Bonne-Espérance. Les troupes italiennes dans la dernière campagne d'Abyssinie ont été assez sérieusement atteintes par la maladie. A Zanzibar, la bilharziose est très commune; sur la côte du Mozambique et dans tout le cours inférieur du Zambèze la Bilharzie se montre également. Enfin en descendant toujours sur la côte, signalons d'autres points contaminés: Port-Natal, la baie de Ste Lucie, de Delagoa, Port-Elisabeth etc. . . . [1])

Dans l'Afrique centrale et Australe l'affection est presque répandue partout du nord au sud: Le Tibbu, le Tshad, le Darfour, le Kordofan, l'État indépendant de Congo, le Transvaal, la Cafrerie Anglaise font en effet aussi partie du domaine géographique de la Bilharzie.

Quant aux îles Africaines de l'océan Indien, la Bilharziose aurait été observée, mais d'une façon très vague, sans détails bien précis: à Nossi-Bé, la Réunion et Madagascar. La chose et au contraire tout-à-fait certaine pour Maurice où Chevreau est de Chazal ont pu réunir plus de 30 observations.

Au moment des rapatriements, à la suite de la campagne de

---

[1]) Voir R. Blanchard, Vers de sang page 98.

Madagascar, j'ai pu faire à cet égard de très nombreux examens, tous mes efforts ont été vains, ni chez les indigènes, ni chez les Européens, je n'ai jamais trouvé la Bilharzie. [1])

La Bilharziose se rencontre dans quelques points de la côte d' Asie qui nous regarde; on l'a en effet observée en Arabie, à La Mecque et sur la côte occidentale de l'Hindoustan. Hatch qui en a vu une douzaine de cas à Bombay, assure que ce sont surtout les Musulmans retour de pélérinage qui sont atteints par l'affection. J'avoue qu' au moindre trouble urinaire et surtout à la moindre hématurie, j'ai pratiqué des examens très consciencieux chez les nombreux légionnaires rapatriés du Tonkin qui sont passés autrefois dans mon service à l'hôpital du Dey, je n'ai jamais rencontré chez aucun d'eux les oeufs du parasite.

En face de cet immense domaine géographique, de cette immense diffusion dans toutes les contrées du continent Africain, l'on ne peut s'empêcher de reconnaître que la Bilharziose est bien un des grands premiers rôles de la pathologie africaine et l'on peut se demander, si sur cette vaste étendue, il n'y a pas des millions de gens qui en sont atteints.

Filarioses africaines et maladies qui s'y rattachent: Craw-Craw, maladie du sommeil.

Je passerai tout d'abord rapidement sur une filariose de minime importance, il s'agit de la filaire contournée, de la filaria volvulus qui n' a été observée que sur les noirs de la côte d'or.

Les embryons diurne et persistant ont pour nous beaucoup plus d'interêt, d'autant que le Craw-Craw et la maladie du sommeil ont été rattachés à la filariose persistante par Patrick Manson.

Toutes ces affections ont à peu près la même distribution géographique, toutes sont limitées à la côte occidentale d'Afrique, depuis l'embouchure du Sénégal jusqu' au sud de la République de Benguela, c'est-à-dire jusque vers les territoires dits du sud-ouest africain. Toutefois, il est des points plus particulièrement contaminés. C'est ainsi que la filaire diurne et la filaire persistante surtout, se rencontrent de préférence au Vieux Calabar, au fond du Golfe de Guinée, ainsi qu' au Congo.

Quant à l'hypnosie découverte par Clarke en 1840 à Sierra-Leone, elle règne en dehors de cette colonie anglaise d'une façon particu-

---

[1]) J'ai même examiné un Zanzibarite, qui avait été rapatrié par erreur avec les convoyeurs Kabyles.

lièrement intense: au Sénégal, à Grand Bassam, sur la Côte d'or et au Congo. [1])

Elle décime certains centres de notre colonie du Sénégal, quelques uns de nos postes comme Portudal et Joal en face de l'ilôt de Gorée, ont été de temps à autre, si cruellement atteints, que chose extraordinaire sous les tropiques, l'on a été obligé de relever la garnison nègre par des blancs et d'y placer des soldats d'infanterie de marine (Corre). Dans ces cercles de Portudal et de Joal dont je viens de parler et qui out été visités autrefois par Corre à ce point de vue tout particulier [2]), la maladie se voit principalement chez les individus qui viennent du dehors.

Les Sarracolais, les Foulahs, les Wolofs et les Sérères du Sine et du Saloun sont surtout victimes de l'affection nous dit l'auteur. Les populations sédentaires sont plus épargnées, il semble qu'il y a là une sorte d'accoutumance, d'acclimatement, d'immunité relative vis-à-vis de la maladie en quelque sorte localisée.

Les colonies portugaises d'Angola et de Benguela lui paient également un assez lourd tribut. Dans certains points de l'Angola notamment, la maladie devient une véritable pierre d'achoppement pour la colonisation nègre.

Sauf le Craw-craw, que j'éxcepterai, parce qu' à mon avis, il ne s'agit que d'une papulose filarienne banale et non d'une entité morbide bien définie; toutes ces affections sont nettement des maladies de nègres dans un certain milieu. Pour ne parler que du nélavane, l'on a certes signalé des soi-disant exceptions, Corre en rapporte deux, mais elles sont loin d'être probantes; le mulâtre dont il parle ne constituerait après tout qu'une demi-exception; quant à l'observation du seul blanc atteint, il faut se montrer très sceptique à son égard, étant donné, qu'elle a été prise par quelqu'un de tout-à-fait étranger à la médecine, par un missionnaire.

Ce sont donc bien des affections des nègres vrais, toutefois, ce qui prouve qu'il ne s'agit pas de maladies purement ethniques, c'est qu'elles ne se rencontrent que sur la côte occidentale d'Afrique et ne se voient plus sur les noirs d'Amérique, depuis que la traite a été supprimée. La question de milieu a donc en l'espèce une importance capitale.

---

1) Actuellement la parasitologie et la bactériologie se disputent la pathogénie du nélavane; en raison de la marche si spéciale de la maladie et de sa localisation géographique; je pencherais volontiers pour un protozoaire sanguicole *dans le genre* du trypanosome qui est probablement l'auteur des méfaits attribués à la mouche tsé-tsé.

2) Corre, Archives de médecine navale 1877.

Avant de terminer avec les filarioses africaines, je dois signaler la présence de la filaire de Demarquay dans tout le Bas-Niger, ce parasite découvert par Manson aux petites Antilles pourrait bien être encore d'extraction Africaine; des recherches ultérieures montreront ce que cette assertion peut avoir de vrai, pour le moment, nous ne saurions insister d'avantage.

Le Goundou.

Reste le Goundou, encore une maladie de nègres de la côte occidentale d'Afrique; le Goundou, si l'on s'en rapporte à la relation de Mr. Maclaud médecin de la marine attaché à la mission Braulot a une localisation bien tranchée.

Cette maladie du »gros nez" qui nous est encore très imparfaitement connue, se rencontrerait dans la proportion de 1 à 2°/₀, dans les villages des districts de Bettié et de Krinjabo; dans l'Indénié, l'Attié, le Morénou, le Baoulé et l'Esikasso; en somme dans tout le cours du Bas Comoë. Dans ces pays d'ailleurs, les hommes ne sont pas seuls atteints, Mr. Maclaud qui nous a donné la première description [1]) de la maladie l'a observée à Bettié chez un jeune chimpanzé.

La maladie ne se voit que dans la grande forêt, elle n'est pas spéciale à la race Agni qui l'habite, car les personnes étrangères qui viennent y séjourner peuvent la prendre, Maclaud cite à ce propos une observation tout-à-fait probante.

L'on voit par ce court exposé de Géographie médicale que l'Afrique possède bien quelques entités morbides qui lui appartiennent en propre. Quoique la Bilharziose fasse un peu exception, en raison de ses incursions d'ailleurs expliquées sur la côte d'Asie qui se trouve en face, nous persistons à la considérer comme la plus importante des maladies africaines à cause de sa prédilection tout-à-fait marquée pour notre continent qu'elle occupe du nord au sud et de l'est à l'ouest, dans presque toute son étendue.

Alger, 25 Juin '98.

---

1) Archives de médecine navale 1895.

LES PREMIERS AGES DE L'ANESTHÉSIE,

PAR M. LE DR. CABANÈS,

Rédacteur en Chef de la *Chronique Médicale.*

Bien avant la découverte de la chimie organique, durant une longue suite de siècles, — deux mille ans au moins, — les hommes ont conservé la conviction qu'en interrogeant habilement la nature, ils la forceraient à révéler le secret d'assujettir la souffrance au contrôle de la volonté humaine.

Il faut remonter jusqu'à *Pline* [1]) pour trouver les premières notions sur les différents moyens d'arrêter la douleur. Ce célèbre naturaliste nous cite dans ses écrits le grand marbre du *Caire* appelé *memphitis;* »sa poudre, dit il, mêlée à du vinaigre, endort tellement les parties où on l'applique, qu'on peut couper ou cautériser, sans que le malade sente le mal *(obstupescit ita corpus nec sentit cruciatum)*".

Dioscoride rappelle le même fait, et dit que cette pierre de *memphis* est de la grosseur d'un talent, grasse et de diverses couleurs. Mais cette pierre, si vanteé, fut bientôt oubliée, et nul n' en a parlé depuis.

Ce fait, tout merveilleux qu'il paraisse, peut cependant s'expliquer scientifiquement. La science moderne a démontré, en effet, que *l'acide carbonique* agit localement comme anesthésique; or le marbre, formé de carbonate de chaux, se décompose sous l'influence d'un acide plus puissant, le vinaigre (*acide acétique*), et laisse dégager une certaine quantité d'acide carbonique, lequel, à l'état naissant, agit plus efficacement encore qu'en douches gazeuses. C'est donc à tort souvent que l'on dédaigne l'antiquité.

Vint ensuite le tour de la *mandragore* et des plantes stupéfiantes. *Dioscoride* [2]) et *Matthiole* en parlent dans les termes suivants:

»Il en est qui font cuire la racine de mandragore avec du vin, »jusqu'à réduction de $^1/_3$; après avoir laissé refroidir la décoction, »ils la conservent et en administrent un verre pour faire dormir ou »amortir une douleur véhémente, ou bien avant de cautériser ou de »couper un membre, afin d'éviter qu'on sente la douleur.

[1]) *Vocatur et Memphites a loco, gemmantis naturæ. Hujus usus conteri et iis quæ urenda sint aut secanda ex aceto inlini. Obstupescit ita corpus nec sentit cruciatum.* (Pline, *Natural. histor. Ludov. Ianus.* Bibliotheca teubneriana, Lipsiæ, 1860, t. V. p. 115, *lib.* XXXVI, § 11.)

[2]) Dioscoride, Liv. IV, ch. LXXI.

»Il existe une autre espèce de mandragore appelée *morion*; on dit »qu'en mangeant un drachme de cette racine, mélangée avec des »aliments ou de toute autre manière, l'homme perd la sensation et »demeure endormi pendant trois ou quatre heures; les médecins s'en »servent quand il s'agit de couper ou de cautériser un membre." [1])

Cette potion était administrée, écrivait encore Dioscoride, dans le but de rendre insensibles à la douleur les personnes qui devaient subir une amputation ou une cautérisation. Ainsi plongées dans un sommeil léthargique, ces personnes, ajoute le médecin grec, ne ressentent plus rien.

Selon Pline, le suc de la mandragore, administré comme il convient aux forces du malade, a des propriétés narcotiques prononcées. »On le fait prendre également, dit-il, comme antidote aux morsures des serpents, et comme stupéfiant, avant d'opérer des incisions ou des ponctions au corps, afin de rendre les malades insensibles à la douleur. Dans ce dernier cas même, chez quelques individus, l'odeur seule suffit pour les endormir." [2])

Dodonée [3]) affirme aussi que le vin de mandragore [4]) s'administre

---

1) Pline, parlant du suc de feuilles de mandragore, dit également: „A une dose variable, suivant les sujets, il est soporifique: la dose moyenne est d'un cyathe (0lit,045). On l'administre et contre les serpents et avant les incisions et les ponctions pour engourdir la sensibilité. Il suffit pour cet effet à quelques personnes de s'être procuré le sommeil par l'odeur qu'il exhale."

Vis somnifica pro viribus bibentium. Media potio cyathi unius. Bibitur et contra serpentes, et ante sectiones punctionesque ne sentiantur. Ob hæc satis est aliquibus somnum odore quæsisse. (Pline, *Nat. hist.*, l. XXV, cap. XCIV (XIII), p. 190, texte et trad. de Littré.)

Selon Pline, on employait donc, comme anesthésique, le suc des feuilles de mandragore à la dose d'un cyathe, soit de 4 centilitres et 1/2, suivant M. Littré. (V. *Bulletin de l'Académie de médecine,* séance du 23 Juin 1885.)

2) Pline, lib. V, cap. CLVIII.

3) V. *Histoire des Plantes,* de Dodonée, trad. de Ch. de l'Ecluse.

4) Bon nombres d'écrivains de l'époque ont constaté les propriétés anesthésiques de la plante mystérieuse.

Dans la traduction qu'il donne du livre de Barthélemy de Glainville, sous le titre assez singulier de *Propriétaire des choses,* dont les *Mélanges tirés d'une grande bibliothèque* ont donné l'analyse (t. II, p. 114), J. Corbichon dit en termes exprès que: si l'on donne de l'écorce ou de la racine pulvérisée de mandragore, dans du vin, à une personne souffrante, la douleur se calmera aussitôt et l'on pourra lui couper bras et jambes sans qu'il le sente. (*Vieux-neuf,* d'Ed. Fournier, t. I, p. 86). Le passage du livre même de l'Anglais de Glainville est plus explicite encore. On y voit nettement que le vin de mandragore était donné au malade avant l'opération: „l'écorce de mandragore infusée dans du vin se donne aux patients dont le corps doit être soumis à quelque amputation (*quorum corpus secandum*), afin que, plongés dans le sommeil, ils ne sentent pas la douleur." (*Vieux-neuf,* loc. cit., id, ibid.).

Au XVIIIe siècle, le vin de mandragore était devenu une des drogues qu' employaient les maréchaux-ferrants se mêlant de faire de la médecine et de la chirurgie.

Quétant, dans l'opéra-comique dont un pareil maréchal-ferrant est le héros, met une

utilement à ceux auxquels on veut couper, scier ou brûler quelque partie du corps, afin qu'ils ne sentent pas la souffrance.

Apulée parle en termes analogues des vertus de la mandragore: »S'il s'agit, écrit-il, de cautériser ou d'amputer un membre, on peut faire boire au patient une infusion d'une demi-once de cette plante dans du vin, et l' opérer pendant son sommeil sans qu'il éprouve de douleur, ni même de sensation d'aucune sorte."

Le passage suivant d'un ouvrage d'un médecin italien de la deuxième moitié du treizième siècle, Théodoric, élève de Hugo, est rapporté par le docteur Snovvs:

»*Recette d'une essence pour faire des opérations chirurgicales selon la recette de maître Hugo.* Voici la manière de la composer: prenez de l'opium, du jus de mûre sauvage, de la graine de laitue, de la graine de patience à grosse pomme ronde (*cicuta*), de chaque ingrédient une once; mélangez le tout dans un bassin de cuivre jaune, puis mettez-y une éponge neuve; faites bouillir pendant tout le temps que se montre le soleil, dans une journeé caniculaire, jusqu'à ce que l'éponge ait tout absorbé. Aussi souvent qu'il en sera besoin, placez cette éponge dans de l'eau chaude pendant une heure, et appliquez-la aux narines de la personne qui doit subir l'opération, jusqu'à ce que cette personne tombe endormie; ce point obtenu, procédez alors à l'opération."

»Un vieil auteur anglais de 1579, Bulleyn, dit le professeur Simpson, [1]) déclare qu'il est possible de plonger les malades dans un état anesthésique pendant des opérations de lithotomie, etc., en se servant de la mandragore; mais en même temps, il décrit le sommeil produit par ce moyen artificiel comme étant un accès de catalepsie

---

bouteille de mandragore dans la sacoche qui sert de trousse à son homme: „C'est, lui fait-il dire (Scène IV), un breuvage qui a la vertu de suffoquer sur le champ comme le plus subtil poison, et d'assoupir pendant une demi-heure. Je l'ai composé pour un homme à qui je vais, sauf votre respect, avoir l'honneur de couper une jambe demain matin. Tout le mal que cela cause est de faire dormir un peu plus que l'on ne voudroit."

[1]) Shakspeare, qui a parlé de tout, a aussi parlé des agents anesthésiques: le professeur Simpson a grand soin d'en faire la remarque: „Non-seulement, dit-il, Shakspeare a plusieurs fois fait allusion à la vertu soporifique de la mandragore, mais il a dépeint de la manière la plus pittoresque, dans *Roméo et Juliette* et dans *Cymbeline*, les effets qu'il s'imaginait pouvoir être produits par des breuvages subtils supposés de nature à amener sans danger un état prolongé de sommeil léthargique. „D'un autre côté Middleton, dans sa tragédie *Women beware Women*, publiée en 1657, fait dans le passage suivant une allusion formelle et directe à l'emploi de l'anesthésie dans la chirurgie ancienne:

I'll imitate the pities of old surgeons. To this lost limb who, ere they show their art, Cast one asleep, then cut the deseased part:

„J'imiterai à l'égard de ce membre perdu les sentiments de compassion des vieux chirurgiens qui, avant d'opérer, endorment le patient, puis coupent la partie malade."

ou un rêve profond et affreux." Le professeur Simpson ajoute que Baptiste Porta, dans le huitième livre de sa *Magie naturelle* (1608), donne diverses formules de médicaments qui produisent instantanément le sommeil. Il cite entre autres »la pomme somnifère (*pomum somniferum*), composée de mandragore, d'opium, etc., et qu'il suffit de respirer pour tomber profondément assoupi."

Dans le même ouvrage, il est dit que certaines plantes somnifères produisent une essence qui, tenue sous les narines d'un homme endormi, lui bouleverse tellement les sens qu'il tombe dans un sommeil léthargique, dont on ne peut l'éveiller que très difficilement. »Ces choses, ajoute Porta, sont évidentes pour un médecin capable, et obscures pour un mauvais médecin."

Une autre plante, dont l'effet anesthésique semble égaler celui de la mandragore, c'est le chanvre indien (*cannabis indica*). Les Grecs et les Romains [1]) le connaissaient; mais ils paraissent avoir ignoré ses propriétés narcotiques et anesthésiques. Les Scythes avaient coutume de respirer les vapeurs de cette plante après les enterrements. «Ils construisent une baraque, dit Hérodote, en fichant en terre trois pieux penchés les uns vers les autres, et en étendant par dessus des convertures de laine, qu' ils disposent de manière qu'elles soient aussi serrées que possible. En dedans de la baraque est placé par terre un plat dans lequel ils mettent un certain nombre de pierres chauffées au rouge. Ils entrent alors en rampant sous les couvertures et jettent sur les pierres brûlantes de la graine de chanvre; cela produit immédiatement une fumée et une vapeur que ne saurait surpasser aucun bain de vapeur grec, et qui plonge les Scythes dans des accès de joie délirante."

Le docteur Royle suppose que le chanvre indien pouvait bien être le népenthès dont il est question dans Homère, et qu' Hélène, comme il est dit, avait tiré de Thébes en Egypte. Cette plante est connue depuis longtemps en Afrique.

»Dans les Etats barbaresques, écrit Sir Joseph Banks, toutes les fois que les criminels, condamnés à subir une amputation, peuvent se procurer du *bang*, préparé avec du chanvre indien, ils en avalent, et cette substance, prétend-on, met ces malheureux en état de supporter les grossières opérations d'un bourreau insensible, mieux que

---

1) A qui voudrait compléter un jour cette esquisse rétrospective, nous signalons, outre une thèse de la Faculté de Montpellier, que nous n' avons pas eu le temps de consulter, une brochure qui peut renfermer des renseignements intéressants. Elle porte pour titre: *Des anesthésiques chirurgicaux dans l'antiquité et au moyen âge* (Comptes-rendus des séances de l'Acad. des Inscriptions; Paris, 1885, in-8, de 12 p.)

nous autres Européens, nous ne supportons le prudent et adroit scalpel de nos plus habiles chirurgiens." Le docteur Daniel rapporte que les indigènes du Congo, d'Angola et de l'Afrique méridionale en fument de grandes quantités. Dans l'Inde, on préconise beaucoup cette substance; on lui attribue les vertus d'accroître le plaisir, de cimenter l'amitié, de procurer des vertiges et de provoquer le rire. Il ne paraît pas, cependant, que les Hindous l'aient jamais employée comme anesthésique dans les opérations chirurgicales.

* * *

Quand il s'agit de peuples de l'antiquité, on ne doit point oublier la *Chine*. Cette nation, qui nous a devancés dans l'invention de la poudre à canon, des cloches, des porcelaines, de l'imprimerie, etc., avait, dès le troisième siècle, des moyens puissants d'endormir la douleur chez les malades. Notre savant professeur de chinois, M. *Stanislas Julien*, a retrouvé, en effet, un ouvrage intitulé *Koukin-i-Tong* ou *Recueil de médecine ancienne et moderne*. Dans ce livre, il est question du célèbre médecin *Moa tho*: »Il donnait, dit-on, aux »malades une préparation de chanvre (ma-yo), et au bout de quelques »instants ils devenaient aussi insensibles que s'ils eussent été dans »l'ivresse ou privés de vie; alors, suivant le cas, il pratiquait des »ouvertures, des incisions, des amputations, et enlevait la cause du »mal. Après un certain nombre de jours, les malades se trouvaient »rétablis, sans avoir éprouvé, pendant l'opé-ration, la plus légère »douleur."

Toute cette science, oubliée ou méconnue, parut renaître au moyen âge. La préparation de chanvre, usitée chez les Chinois, c'est le *haschisch* de la médecine moderne, préparation toute orientale, que le Vieux de la montagne faisait prendre à ses séides pour les mettre dans un état d'exaltation d'esprit et d'insensibilité corporelles, avant de les envoyer commettre quelque crime important, d'où le nom d'assassin, *haschischin* d'où dérive le mot haschisch.

Les Italiens [2]) inventèrent la fameuse *aqua toffana*; puis toutes les solanées vireuses, toutes les plantes stupéfiantes furent tour à

---

[1]) L'ouvrage est intitulé *Koukin-i-Tong*, ou *Collection générale de médecine ancienne et moderne*. M. Stanislas Julien l'a signalé le premier dans son „Mémoire sur la médecine chinoise" (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. XXVIII, p. 195, année 1849).

[2]) Dans sa 39e *Nouvelle*, Boccace, qui écrivait au milieu du XIVe siècle, raconte qu'un chirurgien, nommé Maget, célèbre dans la Faculté de Salerne, employait une eau endormante, obtenue par la distillation, pour rendre les opérations insensibles à la douleur. (V. *Intermédiaire des chercheurs*, 1879, p. 488.)

tour distillées pour en recueillir de subtils poisons ou des philtres qui rendissent insensibles au mal. *L'opium*, la *morelle*, la *mandragore*, la *cigue* [1]), la *laitue* (si préconisée de nos jours sous le nom de *thridace* et de *lactucarium*), tout fut employé. Les chirurgiens y cherchaient une ressource pour calmer et d'endormir leurs malades, les prisonniers, un moyen d'échapper aux souffrances de la torture [2]), et plus d'une fois le bourreau se plaignit que, malgré ses efforts, le patient avait paru impassible, *par suite* de l'effet de quelque phîltre magique.

Enfin, le crime s'empara aussi de cette arme facile et qui frappe dans l'ombre; on vit paraître alors toute la série des empoisonnements célèbres, par l'odoration des fleurs somnifères, les lettres empoisonnées, etc. C'est ainsi que le pape Clément VII, au dire de *Zachias*, aurait été empoisonné par l'exhalaison d'un flambeau, dont la mèche était imprégnée de poison.

La marquise de Brinvilliers se rendit célèbre dans cet art; elle en tenait les secrets d'un Italien nommé *Exili* et de *Gaudin de Sainte-Croix*. Ce dernier, dit-on, mourut en préparant un poison subtil; le masque de verre dont il se servait pour se garantir vint à tomber et il succomba sur-le-champ.

* * *

Mesmer et le magnétisme animal, en 1776, firent revivre l'espérance de vaincre la douleur; mais tous leurs essais furent tellement entourés de mystère et de jongleries, que les esprits sérieux renoncèrent à démêler ce qu' il pouvait y avoir de vrai.

En 1784, Ambroise-Tranquille Lassard, alors chirurgien de l'hôpital de la Charité, à Paris, prescrivait l'emploi d'un narcotique, avant qu'on procédât à des opérations graves et douloureuses; et dans les

---

1) Ces substances, qu'un des médecins de Francois Ier, J. Canappe, appelle, en son livre (*Guidon pour les barbiers et les chirurgiens*, Lyon, 1553, chap. du *Régime pour trancher les membres mortifiés*) „médecines obdormières", étaient par ce médecin énumérées de la sorte: „Succus morelloe, hyoscyami, mandragorœ, cicutœ, lactucœ."

Disons, puisque l'occasion nous en est offerte, que la mandragore est encore recommandée par Fusch (Historiæ plantarum, Lyon 1551), et qu'en 1832, un médecin de Toulouse, le Dr. Dauriol (*Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*, janvier 1847) n'a pas trouvé ridicule d'en proclamer hautement l'efficacité. (*Vieux-neuf*, loc. cit. p. 88.)

2) V. Eymerick, *Directoire des Inquisiteurs*, édit. de Fr. Pegna, 1578, in 8⁰, 3e partie, p. 481. Les voleurs condamnés à la question mangeaient du savon, „qui a force de stupéfier les nerfs", dit Cl. Le Brun de la Rochette, dans son livre *Procès civils et criminels*, 1647, p. 167. On lit la même chose dans le *Discours* d'Est. Tabourot, *Des faux sorciers et de leurs superstitions*, au IVe livre des *Bigarrures et Touches du seigneur des Accords* (1585); cité par E. Fournier (*Vieux-Neuf*, t. I, p. 87, note).

Skizzen de A. G. Meissner, publiées en 1782, il est dit qu' Auguste, roi de Pologne et électeur de Saxe, fut à son insu endormi à l'aide d'un narcotique par son chirurgien favori, Weiss, élève de Petit, de Paris; et que, pendant son sommeil, il subit, sans éprouver la moindre douleur ou la moindre sensation, l'amputation d'une partie du pied qui s'était gangrenée à la suite d'une blessure.

»Les *Causes célèbres* de Guyot, dit le professeur Simpson, racontent en détail comment on fit prendre à la comtesse de Saint-Géran, en travail depuis neuf heures, un breuvage qui la rendit insensible jusqu' au lendemain matin." L'enfant naquit pendant le sommeil de la mère et fut aussitôt enlevé clandestinement.

En 1784, James Moore, alors chirurgien de l'hôpital Saint-Georges à Londres, introduisit une méthode tendant à diminuer les souffrances des opérations chirurgicales. Cette méthode consistait à comprimer les nerfs aboutissant à la région qu'on devait opérer. [1]) Il fit l'application de son compresseur sur un malade, à qui John Hunter amputa une jambe, et qui, dit-on, ne ressentit qu' une très faible douleur. Mais ce procédé donna des résultats trop peu constants pour assurer son succès.

La question en était restée à ce point lorsque, en 1829, M. le docteur *Chapelain*, qui s'occupait beaucoup de magnétisme, eut à traiter une dame atteinte de cancer au sein; ayant obtenu, sous l'influence du magnétisme, le sommeil et l'insensibilité, il proposa à J. *Cloquet*, professeur à l'Ecole de médecine, membre de l'Institut, de l' opérer pendant ce sommeil.

L'opération fut fixée au 12 avril. La malade fut magnétisée; elle se déshabilla elle même, s'assit sur le fauteuil et supporta l'opération qui dura douze minutes, sans donner signe de douleur, sans que le pouls fût modifié; réveillée plus tard, elle déclara ne se souvenir de rien.

Le mesmérisme ou magnétisme fut employé comme agent anesthésique, aux Indes, en Amérique, en France et en Angleterre avec un succés prodigieux. Le premier cas aux Indes dont il soit fait mention date du 4 avril 1845; dans une brochure, publiée en 1852, le docteur Esdaile donne la liste de pas moins de 261 opérations, faites par lui sur des malades plongés dans une complète anesthésie à l'aide du mesmérisme. Les témoignages attestant l'insensibilité réelle

---

[1]) Dans un Mémoire écrit en 1844, le docteur Liégard, de Caen, dit que les paysans de cette partie de la France avaient, à cette époque, l'habitude de bander très-fortement le bras ou la jambe avant de pratiquer des opérations aux extrémités. Il rapporte avoir lui-même dans deux circonstances enlevé l'ongle d'un orteil, sans douleur, en recourant à ce moyen.

des malades à la douleur sont tellement abondants et concluants, qu'on ne saurait s'empêcher d'y ajouter foi. A la suite des rapports d'une commission instituée par le gouverneur de Calcutta, le docteur Esdaile fut nommé médecin de la présidence, et plus tard surintendant d'un des hôpitaux du gouvernement, dans le but exprès d'introduire le mesmérisme dans la pratique régulière des hôpitaux.

Dans le *Zoist,* »journal de physiologie cérébrale et de mesmérisme" (qui n'existe plus aujourd' hui), il est fait mention d'un grand nombre d'opérations chirurgicales, accomplies de 1844 à 1847, avec le secours du mesmérisme, sur des Européens et des Américains descendants d'Européens, sans que les patients eussent rien ressenti.

Beaucoup de ces opérations ont eu lieu en Angleterre et sont constatées de la manière la plus authentique. Ces faits excitèrent à cette époque un profond intérêt dans le monde médical et dans le public, si bien qu'on alla jusqu' à proposer de fonder des hôpitaux mesmériques.

Dans ses *Leçons d'anatomie comparée,* Cuvier, longtemps avant ces expériences, admettant l'influence du mesmérisme, en attribuait les phénomènes à l'établissement d'une communication subtile entre les systèmes nerveux respectifs de deux personnes mises en rapport magnétique. Il serait peut-être difficile d'affirmer que l'opinion de Cuvier fût absolument juste, que les phénomènes mesmériques fussent en effet produits par la transmission d'une influence subtile du magnétiseur à la personne magnétisée. Un fait digne de remarque, toutefois, c'est que ceux qui continuent de magnétiser pendant un temps prolongé, finissent par s'épuiser, et que, en général, ce parait être une condition nécessaire du succès de la magnétisation, que le système nerveux du magnétiseur soit plus puissant et plus vigoureux que celui du magnétisé. Ainsi le Dr. Esdaile fut obligé de renoncer à magnétiser lui même. »Comme je ne ménageais ni mes forces mentales, ni mes forces physiques à ce travail merveilleux, dit-il, je ressentis au bout de six semaines un épuisement nerveux extrême, accompagné d'irritabilité et d'insomnie." Il appela dès lors tout le personnel de l'hôpital à son aide. Chacun magnétisait à tour de rôle, et il se bornait lui, à jouer du scalpel.

Les indigènes de l'Inde paraissent particulièrement aptes à subir l'influence magnétique, et il y a tout lieu de croire qu'il en est de même des Africains. Les Européens y sont bien plus réfractaires; l'action débilitante de la maladie semble nécessaire pour imprimer à leur système nerveux le caractère impressionnable que l'on rencontre si communément chez les Orientaux. Mais, quelque difficile qu'il soit

souvent, de développer l'action magnétique dans la constitution, une fois qu'on y est parvenu, il suffit, la plupart du temps, de très peu d'efforts pour provoquer ce que le docteur Esdaile appelle le »paroxysme mesmérique''; et si l'on entretient l'excitation du système nerveux par de fréquentes magnétisations, on développe dans le sujet une influence morbide indépendante.

* * *

La chimie seule devait ouvrir la route aux explorateurs en quête d'un agent anesthésique parfait. En 1756, Black fit connaître le résultat de ses recherches sur l'acide carbonique et ses combinaisons. En 1774, Priestley fit sa fameuse découverte de l'oxygène et de la propriété qu' a ce gaz d'entretenir la combustion et de prolonger la vie animale mieux que ne peut le faire un volume égal d'air ordinaire. C'est aussi Priestley qui découvrit l'oxyde nitreux (protoxyde d'azote). Cavendish non seulement constata les propriétés de l'acide carbonique, mais, en 1781, il établit la différence radicale qui existe entre l'hydrogène et l'azote, et, au moyen de la combinaison de l'hydrogène avec l'oxygène, il prouva synthétiquement la composition de l'eau. Déjà, en 1773, Lavoisier avait présenté à l'Institut un exposé de l'importante découverte qu'il avait faite, que »les métaux en calcination tirent leur augmentation de poids de l'absorption de l'air respirable''; et en 1791, il publiait le résultat de ses recherches sur la respiration et la transpiration des animaux. Ces grandes découvertes, base de la chimie moderne, ont donné une impulsion soudaine et puissante aux études thérapeutiques. On s'est bercé de l'espoir qu'au moyen de l'inhalation de diverses espèces de gaz ou de la pratique de ce qu'on appela alors la *médecine pneumatique*, un grand nombre de maladies, et notamment la phthisie, céderaient à la science du médecin. C'est ce qui détermina le docteur Beddoes à fonder à Clifton, près de Bristol, un établissement médical pneumatique, pourvu de vastes réservoirs de divers gaz pour l'usage des malades, et en 1799, cette institution fut placée sous la direction de Humphry Davy, qui venait de terminer ses études. [1]) Dans le courant de l'été de l'année 1800, Davy publia ses *Recherches sur*

---

[1]) C'est Beddoes, chimiste et médecin du siècle dernier, qui semble avoir été le véritable promoteur de la méthode anesthésique. Vers 1795, les inhalations d'éther, de même que celles d'air fixe (acide carbonique), jouissant d'une certaine faveur dans le traitement de la phtisie, Beddoes songea à expérimenter sur l'homme malade les gaz que venaient de découvrir Cavendish et Priestley. Il avait dans son institution un laboratoire pour la préparation des gaz et un hôpital pour loger les malades qu'on devait soumettre aux inhalations. Il confia toute cette partie expérimentale à Humphry Davy, à peine âgé de vingt ans. Par un heureux hasard, le premier des gaz soumis à son investigation fut le protoxyde d'azote,

l'oxyde nitreux et les combinaisons de l'oxygène et de l'azote, et sur l'inhalation de l'oxyde nitreux et d'autres gaz.

Cet ouvrage intéressa vivement les médecins partisans de la médecine gazeuse, et ne fit que redoubler la pleine confiance qu'ils avaient déjà dans le succès de leur système. Il y est dit, entre autres choses concernant l'oxyde nitreux, que, »comme ce gaz, par sa puissante action, paraît de nature à neutraliser la douleur physique, il est probable qu'on peut l'employer avec avantage dans les opérations qui n'entraînent pas une grande effusion de sang."

Il suffirait de ce passage des écrits de sir Humphry Davy, fût-il même isolé, pour faire attribuer en toute justice à ce savant l'honneur d'être le père de cette féconde idée, qui a fini par devenir une des réalités les plus glorieuses de notre siècle. Mais quand la lecture de ses *Recherches* nous démontre que cette idée, au lieu d'être une simple conception fortuite, a été le fruit laborieux de dix mois d'expériences continues et souvent dangereuses, on ne saurait guère apprécier trop haut le bienfait dont l'humanité est redevable à ce grand chimiste. Ses *Expériences et observations sur les effets produits sur les animaux par la respiration de l'oxide nitreux* sont des témoignages admirables de la rigueur de sa profonde sagacité; car bien qu' il ne se soit pas attaché spécialement à développer les principes et les moyens pratiques, à l'aide desquels on pourrait neutraliser la douleur, les faits généraux qu'il a découverts et constatés, concernant l'oxyde nitreux, ont contribué, dans une proportion inappréciable, à l'établissement et à l'éclaircissement de la physiologie de l'anesthésie.

Le premier animal sur lequel Humphry Davy expérimenta — un jeune chat, robuste et plein de santé — fut amené à un état d'insensibilité tel »qu'on l'eût dit mort." Les expériences du savant Anglais coûtèrent sans doute la vie à plusieurs animaux; elles montrèrent au moins la possibilité de rendre des animaux insensibles et de les ranimer à volonté. Le courageux expérimentateur tenta

---

désigné par le jeune chimiste sous le nom d'oxyde nitreux. Davy, à l'aide de ce gaz, parvint à suspendre une douleur violente causée par le percement d'une dent. Les expériences de Davy furent fréquemment répétées, en France et dans les pays étrangers, et donnèrent des résultats fort différents. Parmi les expérimentateurs, les uns purent observer sur eux-mêmes l'action du *gaz hilarant*, les autres ressentirent uniquement de la suffocation; quelques-uns même n'éprouvèrent rien de particulier. On attribua, avec beaucoup de raison, cette diversité d'effets au degré de pureté du produit. D'ailleurs, de graves accidents ne tardèrent pas à se produire chez plusieurs personnes, et l'on fut conduit à renoncer bien vite au protoxyde d'azote. (V. un travail sur les *Anesthésiques chirurgicaux*, de M. Ch. Moureu, Dr. ès sciences, Pharmacien en chef des Asiles de la Seine dans la *Presse médicale*, 1895).

ensuite sur lui-même une longue série d'expériences concluantes: la première, le 16 avril 1799, qu' il renouvela plus tard sur différents personnages en renom, entre autres Southey, Coleridge, Roget, Wedgewood, etc. Les effets obtenus dans la plupart des cas n'étaient pas sans une certaine ressemblance avec ceux que devait produire le chloroforme.

Le but de Davy n'était pas, nous croyons l'avoir dit, de découvrir un agent anesthésique; ce qui l'intéressait particulièrement, c'était l'efficacité thérapeutique des divers gaz, objets de ses expériences; la conviction qu'il avait des propriétés anesthésiques de l'oxyde nitreux n'est qu'une des nombreuses conclusions auxquelles il ait été amené. Davy terminait ses *Recherches* par cette phrase significative: »La chimie pneumatique, dans son application à la médecine, est une science dans l'enfance, impuissante, presque dénuée d'utilité, mais qui paraît susceptible de perfectionnement. Pour qu'elle arrive à maturité, il lui faut se nourrir de faits, il faut qu'elle se fortifie de l'expérience et qu'un scepticisme rationnel, prudent, préside à son application." [1])

Si la prophétie et les préceptes que renferme cette phrase eussent été appréciés à leur valeur, il est probable que la douleur eût été soumise au contrôle de l'intelligence dès le commencement de notre siècle. Mais l'idée féconde de Davy, que »l'oxyde nitreux, en raison de la propriété qu'il semble posséder de neutraliser la douleur physique, pourrait être employé avantageusement dans les opérations chirurgicales", ne devait être reprise que quarante quatre ans après avoir été émise.

* * *

En 1844, le 11 novembre, Horace Wells, chirurgien dentiste de Hartford, État du Connecticut, au sortir d'un cours fait dans cette ville par G. Q. Coulston, et dans lequel celui-ci avait parlé des effets produits par l'inhalation de l'oxyde nitreux, engagea le professeur à vouloir bien l'accompagner chez lui et à lui faire aspirer le gaz,

---

1) Le Dr. Dureau avait jadis annoncé, dans la *Gazette médicale*, qu'il avait trouvé mentionnée, dans les archives de l'Académie de Médecine, une lettre adressée en 1828, au Roi Charles X, par un chirurgien de Londres, nommé Hickmann ou Hickman. Dans cette lettre, Hickmann annonçait qu'il avait découvert le moyen de suspendre la sensibilité des sujets, dans les opération chirurgicales. Ce moyen consistait à introduire méthodiquement certains gaz dans les poumons. La note en question, transmise à l'Académie pour examen, fut renvoyée à la section de médecine. Hickmann ajoutait qu'il n'avait fait d'expériences que sur les animaux et il manifestait le désir d'opérer devant les grands chirurgiens de Paris. La section, en rapportant la note, demanda qu'une commission spéciale fut nommée, ce qui eut lieu; malheureusement le Dr. Dureau n'a pu retrouver le dossier de cette affaire. Confié à Ségalas, l'on ignore ce qu'il est devenu.

tandis qu'un autre dentiste, le docteur Rigg, lui arracherait une dent dont il souffrait. L'expérience eut lieu. L'extraction se fit sans douleur, et H. Wells, après avoir repris ses sens à la suite de l'inhalation, s'écria: »Voici une ère nouvelle dans l'art du dentiste!" Il répéta ensuite l'expérience treize ou quatorze fois à Hartford, avec succès. Il essaya même, dit-on, l'éther, mais le trouvant trop violent, il l'abandonna pour revenir au gaz hilariant.

Dans le cours de l'hiver 1844, il vint à Boston pour vulgariser sa découverte; il en fit part au dentiste *Morton*, dont il avait été autrefois l'associé, le priant de l'aider à trouver l'occasion d'administrer le protoxyde nitreux. *Morton* le présenta au docteur *Hayward*, chirurgien distingué, qui voulut bien permettre l'expérience; mais la plus proche opération ne devait avoir lieu que dans deux ou trois jours. L'inventeur était pressé, il ne voulait pas attendre; on se rendit alors chez le professeur Warren, qui faisait à ce moment son cours; on lui proposa d'expérimenter le gaz qu' *Horace Wells* affirmait devoir faire cesser ou tout au moins soulager beaucoup la douleur.

Warren se rendit à ce désir: »Mes élèves, dit il, se réunissent ce »soir à l'hôpital pour s'amuser à respirer de l'ether; je leur ferai »part de votre proposition. Préparez votre gaz, rendez-vous à l'am»phithéâtre; nous ferons l'essai sur un malade auquel on doit ar»racher une dent."

Le soir, il y avait grande affluence. *Horace Wells* se trouvant au rendez-vous, le malade aspira le gaz; ou arracha la dent, mais, ô malheur!, le patient poussa de grands cris; la douleur avait été fort vive, soit que le gaz fût mal préparé, soit que son action si variable eût été cette fois infidèle. Les spectateurs se mirent à rire, à siffler; le malheureux *Horace Wells* n'eut pour lui que la honte et la confusion. Découragé par son aventure, il rapporta le lendemain matin à *Morton* les instruments qu'on lui avait prètés; puis il partit pour son pays, où il se fit empailleur et montreur d'oiseaux, puis doucheur. Plus tard, quand il vit le rapide succès de la découverte de l'éther, il voulut faire valoir ses droits, mais il ne put se faire écouter. Le malheureux tomba alors dans le plus profond désespoir et mit fin à ses jours (au mois de janvier 1848).

S'il eût vécu seulement trois mois de plus, il aurait pu voir renaître ses espérances; le 26 avril de cette même année, en effet, le docteur Bigelow, de Boston, enlevait le sein d'une femme, qu'on avait rendue complètement insensible en lui faisant aspirer 60 quarts d'oxyde nitreux. L'inhalation avait duré six minutes; »elle pro-

duisit, dit le docteur Bigelow, la plus complète insensibilité". Et il ajoute: »Tout incommode qu'il est, l'oxyde nitreux semble être un agent anesthésique aussi sûr qu' agréable et exempt de danger." Mais n'anticipons pas sur les dates. Après l'insuccès de Wells, on avait abandonné les expériences sur l'oxyde nitreux, aussi bien que les espérances qu'elles avaient fait naître d'abord; c'est de cette défaite même que devait venir le succès.

* * *

Deux noms se disputent l'honneur de la découverte de l'éthérisation: à dire vrai, les expériences de Jackson et de Morton furent presque simultanées. De ces deux hommes, l'un donne ses idées et sa science, l'autre son intuition de la vérité, son audace. Mais ni l'un ni l'autre ne peut réclamer l'honneur absolu de la découverte: c'était trop de gloire pour un seul homme.

A suivre.

GESCHICHTLICHES ÜBER AETHER-INHALATIONEN, IM JAHRE 1824,

von Dr. Bernhard Schuchardt.

Geheimen Regierungs- und Obermedicinalrath zu Gotha.

In *Callisen's* Medicinischem Schriftsteller-Lexikon, Copenhagen, 1832, 8^{0}., Bd. 12. S. 324 ist unter No. 989 aufgeführt: »*Matthews* (Caleb B . . .) zu . . ., Med. Dr. Philad. d. 4. April 1824, geboren in Virginien", und als Schrift desselben (unter No. 2031): »An inaug. diss. *on ether inhalation.* Philadelphia, 1824."

Es ist in hohem Grade zu bedauern, das aller Wahrscheinlichkeit nach diese Dissertation (sowie viele andere nordamerikanische der damaligen Zeit) nicht gedruckt und demnach der Inhalt derselben nicht weiter öffentlich bekannt geworden ist. Ob also etwa in derselben über anästhetische Wirkungen beim Einathmen von Aether Mittheilungen enthalten gewesen sind, lässt sich jetzt wohl kaum noch bestimmen. Wenigstens habe ich trotz aller Nachforschungen nach Veröffentlichungen der damaligen Zeit über diese Dissertation und ihren Inhalt nichts auffinden können.

Ueber die damalige Sitte in Nordamerika, die meisten der Dissertationen nicht drucken zu lassen, sagt *Callisen* in seinem Schriftsteller-Lexikon, 1830, Bd. 1. S. Va: »Von *Nordamerikanischen Inaugural-Dissertationen,* deren Titel ich aus dasigen Zeitschriften entlehnt habe, sind übrigens zufolge einer Note in *Coxe's* Philad. med. Museum (Vol. 5, 1808, Register pag. 152), wenigstens in früheren Zeiten, nur wenige gedruckt worden, und lässt sich demnach erwarten, dass manche zumal ältere dieser von mir als Schriften aufgenommenen Dissertationen *nicht* gedruckt sind."

In der Annahme, dass die *Matthews*'sche Dissertation von 1824 nicht gedruckt worden ist, werde ich noch dadurch bestärkt, dass sie in dem Index Catalogue of the Library of the Surgeon's General Office, United States Army, Washington nicht aufgeführt wird, was doch sicher geschehen wäre, wenn sie damals gedrukt worden wäre.

NÉCROLOGIE.

Dr. GEORGES ZANCAROL.

Nous devons enregistrer avec beaucoup de regret la perte d'un de nos collaborateurs, le Dr. G. Zancarol, décédé à Alexandrie d'Egypte, à l'âge de soixante années, à la suite d'une pneumonie qui l'a atteint dans la pleine activité de ses devoirs professionnels. Le Dr. Zancarol était un des praticiens les plus distingués, les plus appréciés et les plus aimés dans les colonies européennes d'Alexandrie, où depuis longtemps il occupait la place de médecin en chef de l'Hôpital grec et celle de délégué sanitaire hellènique près du Conseil sanitaire quarantenaire d'Egypte. En cette dernière qualité, il avait pris part aux dernières conférences sanitaires, tenues à Venise pour les mesures internationales contre les maladies épidémiques d'origine orientale. Il était bien connu dans le monde médical pour le grand nombre de ses publications sur plusieurs sujets de chirurgie et particulièrement pour ses travaux sur la dysenterie et les abcès du foie. Parmi ceux qui intéressent surtout la géographie médicale, nous tenons à signaler à cause de leur grande importance les mémoires suivants:

1. Du rôle du *Distomum haematobium* dans la formation des calculs vésicaux. Dans la *Revue de chirurgie* 1881 p. 645.
2. Des altérations occasionnées par le *Distomum haematobium* dans les voies urinaires et dans le gros intestin. Dans les *Memoires de la Société méd. des hopitaux* (2) XIX p. 150. Année 1882. Paris 1883.
3. Contribution à l'étude du Distomum haematobium. Dans *Bull. de la Société méd. des Hopitaux* (3) I p. 306. 1884.
4. Traitement chirurgical des abcès du foie des pays chauds. Paris. G. Steinheil 1893.
5. Dysentérie tropicale et abcès du foie. Dans le *Progrès médical.* 3me *série Tome* 1, *No.* 24 *du* 15 Juin 1895.

Il faut ajouter que les observations et les expériences du Dr. Zancarol sur les cas de dysenterie et d'abcès du foie ne sont pas d'accord avec l'origine amibienne, et amènent à regarder ces maladies comme déterminées simplement par un streptococcus.

Sonsino.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. HISTOIRE DE LA MEDECINE.

ALLEMAGNE.

Die ‚mala Franzosa' zu Frankfurt a. M. von Dr. Phil. Armin Tille *(Bonn)*.

In seinem Aufsatze »Die Einschleppung der Syphilis in Europa«[1]) hat Prof. Binz (Bonn) in ausführlicher Weise die zeitgenössischen Zeugnisse gesammelt, welche vom Auftreten der Syphilis *(mala franzosa)* in Westeuropa seit 1493 handeln, und dadurch unwiderleglich, wie mir scheint, den Beweis erbracht, dass die neue Krankheit von dem neu entdeckten Westindien her eingeschleppt worden ist. Den dort angeführten zeitgenössischen Berichten würde noch eine Notiz der von Lappenberg herausgegebenen »Hamburger Chronik« von 799 bis 1559 hinzuzufügen sein: zum Jahre 1498 ist nämlich dort zulesen: *Anno 98 is erstmals de grausame plage hervorgekamen, de men de Franzosen nomet.*[2]) In allen diesen Quellenstellen sind eine ziemliche Anzahl allgemeiner Beobachtungen niedergelegt, aber fast nichts ist darüber zufinden, was auf die Krankheit als Massenerscheinung einiges Licht werfen könnte. Unter diesem Gesichtspunkte möchte ich hier auf einige urkundliche Nachrichten über die Franzosenkrankheit in Frankfurt a. M. aus den Jahren 1496 bis 1499 hinweisen, die allgemeinere Beachtung verdienen.

Die Quelle hierfür bilden die »Beedebücher«[3]) der Stadt d. h. die Steuerlisten, welche in vier Abteilungen (Oberstadt, Niederstadt, Neustadt und Sachsenhausen) zunächst alle Häuser bzw. die darin wohnenden Haushaltungsvorstände und selbständigen Einzelpersonen aufführen, während eine von Haus zu Haus gehende Kommission bei jedem Steuerpflichtigen den gezahlten Steuerbetrag hinter dem Namen verzeichnet. Um ein Bild

1) Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1893 No. 44.

2) Dieses Zitat entnehme ich der trefflichen Arbeit von Gustav Schönfeldt „Beiträge zur Geschichte des Pauperismus und der Prostitution in Hamburg" Socialgeschichtliche Forschungen II. Weimar, Felber 1897, S. 113. In Hamburg selbst ist die Seuche erst 1505 bezeugt.

3) Im allgemeinen darüber zuvergleichen: Bücher, Entstehung der Volkswirtschaft (1 Aufl. Tübingen 1893), S. 217. Um eine Nachprüfung zuerleichtern, gebe ich Stadtteil und Seite regelmässig an.

von dem Charakter dieser Einträge zugeben, sollen hier zunächst einige dem Jahrhang 1496 entnommene Proben folgen. Es heisst dort z. B.:

Cuntz von Wynecken — *dedit* 6 *s.*
Dolchins Gele — *erlassen.*
Hans ducher — *uxor dedit* 2 *f.*
Meckel bi ir — *ist im spital.*
Henchin von Fredebergk — *ist dot, dedit* 6 *s.*
Meister Jorg der artzt — *erlassen.*
Ein frauwe von Coln bi ime — *recessit.*

In der Mehrzahl der Fälle ist natürlich der Steuerbetrag verzeichnet.

Es sind nun von diesen »Beedebüchern« erhalten die Jahrgänge 1488, 1495, 1496, 1497, 1499. Bei der Durchsicht zu vorliegendem Zwecke war leider der Jahrgang 1495 ausgeliehen, konnte also keine Berücksichtigung finden. Die genaue Prüfung des Jahrgangs 1488 ergab ganz klar, dass hier von einer Bezugnahme auf Syphiliskranke keine Spur zubeobachten ist. Erst 1496 beginnen die fraglichen Notizen, und zwar sind folgende 4 bezw. 5 Fälle zuverzeichnen.

1) Ob. Bl. 22*b*. *Peter Scheckart bott* — *mala frantzosa, erlassen.*
2) Ob. Bl. 38*b*. *Eyle* — *erlassen, mala franzosa.*
3) Nd. Bl. 7*b*. *Hanns Thomas* — *nihil tenetur, male francose.*
4) Nd. Bl. 32*b*. *Caspar Schott* — *dedit fur sich* 3 *f.* 6 *s.* m̃. frs.
5) Ne. Bl. 40*a*. *Hanns* — *nihil dedit, male francose.*

Für die Oberstadt existiert noch ein zweites Register in Schmalfolio, welches über die Krankheit keine Notizen enthält. Die beiden Eintragungen lauten einfach:

Peter Scheckart potte — *nichel, erlassen.*
Eyle — *erlassen.*

Es ist ausserordentlich bezeichnend, dass gerade der *botte*, der sein Beruf vielfach in entfernte Orte führt, an der Krankheit leidet und dass vier männlichen Personen eine einzige weibliche gegenüber steht.

Es giebt m. E. zwei Möglichkeiten, die eine Verzeichnung der notorisch Syphilitischen verursacht haben könnten. Erstens könnte der Rat, der natürlich auch die schreckliche Kunde vernahm, die jeder Chronist für wert hielt, seinem Werke einzuverleiben, gelegentlich der Steuererhebung haben feststellen wollen, wie viel Kranke thatsächlich vorhanden seien, aber zweitens können die Aufzeichnungen auch Privatnotizen der Steuererheber darstellen. Ein Entscheid für eine der beiden Möglichkeiten wird endgiltig kaum zutreffen sein, nur würde gegen die erste einzuwenden sein, dass man bei dem eingeschlagenen Verfahren nur einen Teil der Bevölkerung in die Liste bekam, nämlich nur die Steuerzahler, während die abhängigen Personen, nämlich vor allem erwachsene Kinder und Dienstboten, in Wegfall gerieten. Bemerkenswert ist bei obigen 5 Fällen, dass 4 Personen überhaupt keine Steuer zahlen, indem offenbar ihre Krankheit als Grund ihres Unvermögens zur Zahlung angeführt wird, gerade so wie jene Meckel, da sie *im spital* liegt, steuerfrei bleibt. Steuerfrei bleibt sonst auch das Haus, wo die Familienmutter im Kindbett liegt. Bei *Caspar Schott* könnte möglicher Weise die Abkürzung etwas anderes bedeuten — er müsste dann überhaupt aus unserer Liste ausscheiden — aber am nächsten scheint mir die Auflösung in *mala franzosa* immerhin zuliegen.

Er ist offenbar ein ganz vermögender Mann, die Krankheit bedeutet für ihn nicht Erwerbsunfähigkeit, und mithin wäre ein Grund zum Steuererlass überhaupt nicht vorhanden. Im Beedbuch für 1497 (Nd. Bl. 30*b*) findet sich eine entsprechende Bemerkung nicht, es heisst da einfach: *Casper Schott — dedit 3 f. 6 s.* Da dieser Jahrgang im übrigen die Fälle von mala franzosa getreulich wiedergiebt, würden wir wohl die Wiederherstellung des Schott annehmen müssen. *Peter Scheckart* wohnt 1497 noch an derselben Stelle (Ob. Bl. 22*a*. *P. S. bott — erlassen)*, zahlt aber immer noch keine Steuer, ist also möglicherweise noch als krank zubetrachten. Dagegen 1499 (Bl. 20*b*) ist er offenbar äusserlich wieder hergestellt, sodass er seinem Verdienst nachgehen kann, denn er zahlt 6 Schillinge Steuer. Die kranke Eyle scheint 1497 tot zusein, wenigstens ist bei ihrer früheren Wohnung verzeichnet: *Jorg beider — uxor dedit* 6 *s*. (Bl. 36*b*.) Auch *Hanns Thomas* fehlt in der Liste von 1497 (Bl. 7*a*). Dagegen der unter No. 5 aufgeführte *Hans*, in der Galgengasse wohnhaft, erscheint 1497 wiederum an seinem alten Wohnort (Ne. Bl. 39*a*): *Hans und sin husfrau — dedit* 6 *s. mala fr.* Möglicherweise soll hierbei das *mala fr.* als durchstrichen gelten. Der Sinn des Eintrags könnte dann sein: Hans ist krank und giebt nichts, dagegen seine Frau zahlt für sich die Minimalsteuer. Zwei Jahre später, 1499 (Ne. Bl. 30b) giebt Hans wieder 6 s. Steuer, und über die Krankheit ist etwas besonderes nicht vermerkt.

Wenn wir also den einen unsicheren Fall ausscheiden, so sind von den nachweislich 4 Kranken im folgenden Jahre 2 gestorben und 2 können — wenigstens 1499 — als wieder gesund gelten. Es wäre damit thatsächlich die Beobachtung bestätigt, welche die »Chronik van der hilliger stat Köllen« fixiert: *Es war in allen diesen Ländern eine fremde Krankheit, hiess sanct Job's Krankheit, und es wurden sehr viele Leute davon befallen, aber es starben wenig davon.* Möglicherweise ist für 1496 noch ein sechster Fall anzusetzen, nämlich Ne. Bl. 43*b*. Hier ist (dem Backhause gegenüber) 1497 verzeichnet: *w[ust] hus—mala franzosa* d. h. das Haus ist augenblicklich unbewohnt, die bisherigen Bewohner sind an der Krankheit gestorben oder wohnen jedenfalls nicht mehr hier, liegen vielleicht im Spital. Die Krankheit der letzten Bewohner ist auf jeden Fall der Grund dafür, dass das Haus leer steht. Im Jahr 1496 (Bl. 44*b*) ist das Haus auch schon als leerstehend *(wust)* bezeichnet, vielleicht war damals den Steuereinhebern nur der Grund des Leerstehens unbekannt geblieben. Anderenfalls müssten wir, was wohl etwas gekünstelt wäre, annehmen, dass zwischen November 1496 und November 1497 das Haus ganz kurze Zeit bewohnt gewesen und dann wieder verlassen worden wäre, weil die Insassen mit der Franzosenkrankheit behaftet waren.

In den Beedebüchern von 1497 finden wir folgende 11 Krankheitsfälle ausdrücklich bezeugt:

1) Nd. Bl. 12*a*. *Der blinde Henchin — mala francosa*, in der Schoppengasse wohnhaft. 1496 hatte er keine Steuer bezahlt (Bl. 12*b*), 1499 zahlt er dagegen 6 s. (Bl. 10*b*) und kann danach wohl wieder als gesund gelten.

2) Nd. Bl. 13*a*. *Grede Beyern — obiit male franzose*, in der Rosengasse wohnhaft, ist also zwischen der Anfertigung der Liste und dem Rundgang der Einhebekommission gestorben. 1496 hatte sie keine Steuer bezahlt (Bl 14*a*. *Margred*).

3) Nd. Bl. 15*b*. *Junghans Grede — mala fr.* 1496 hatte sie keine Steuer

bezahlt (Bl. 16*b*) und 1499 (Bl. 14*a*) ist sie an dem alten Wohnorte nicht mehr aufgeführt, mithin wohl als tot zubetrachten.

4) Nd. Bl. 16*b*. *Eva dedit* 14 *s. ir swester — mala fr.*, wie Nr. 3 in der Dieterichsgasse wohnhaft, war 1496 steuerfrei gewesen (Bl. 16*b*) ist 1499 (Bl. 14*b*) nicht mehr hier aufgeführt, mithin wohl als tot zubetrachten.

5) Ne. Bl. 39*a*. *Hans und sin husfrau — dedit* 6 *s.*, *mala fr.* siehe oben.

6) Ne. Bl. 43*b*. *W*[*ust*] *hus — mala franzosa*, siehe oben, 1499 ist das Haus wieder bewohnt (Bl. 33*b*).

7) Ne. Bl. 46*b*. *Gein dem Ziegelhofe uber. Hanns von Wihers — mala fr.* 1496 wohnte an dieser Stelle der *lang Hans, soldener* der keine Steuer zahlte, offenbar dieselbe Person. 1499 wohnt hier (Bl. 35*b*) *Wigant von Wihers*, vielleicht ein Bruder des Hans.

8) Ne. Bl. 59*a*. *Herman von Nidde — dedit* 14 *s. mala fr.*, in der Zeil wohnhaft, zahlte 1496 (Bl. 60*b*) dieselbe Steuer und ebenso 1499 (Bl. 44*b*). Im zweiten Falle fehlt eine Angabe über die Krankheit, er kann also als wieder gesund gelten.

9) Ne. Bl. 64*b*. *Deyler Henne — malfrancosa, nichil habet*, in der Vilweler Gasse wohnhaft, hatte 1496 (Bl. 66*a*) 6 s. Steuer bezahlt, auch 1499 (Bl. 48*b*) zahlt er diesen Betrag, kann mithin als wieder gesund gelten.

10) Ne. Bl. 68*b*. *Michel von Wurtzpurg — malfrancosa, nichil habet*, auf dem Tanzplan wohnhaft, wohnte 1496 noch nicht hier und ist 1499 (Bl. 51*a*) nicht mehr da, also vielleicht tot.

11) Ne. Bl. 71*b*. *Fogelhanns — malfrancosa, nichil habet*, in der Breiten Gasse wohnhaft, zahlte 1496 6 s. Steuer, wohnt 1499 noch hier, ist aber immer noch steuerfrei, also trotz des Mangels einer besonderen Angabe noch als krank zubetrachten.

In diesen elf Einträgen ist, wenn wir uns in dem »wüsten Hause« (No. 6) ein verstorbenes oder im Spital liegendes Ehepaar denken, von 14 kranken Personen die Rede, wovon 9 männlich und 5 weiblich sind. Wenn wir den Peter Scheckart (Ob. Bl. 22*a*), welcher noch immer keine Steuer bezahlt, auch noch zu den Kranken rechnen, so würde sich die Zahl auf 15 erhöhen. Die Gesamtbevölkerung van Frankfurt betrug nach Büchers Berechnungen in diesen Jahren zwischen 7600 und 7700 Seelen: im Verhältnis zu diesen geringen Bevölkerungszahlen wollen 15 syphilitische Personen schon immer etwas bedeuten. Das Überwiegen der männlichen Personen kann seinen Grund in der Buchung haben, insofern etwa die ebenfalls kranken Ehefrauen nicht mit aufgeführt wären oder vor allem gewisse weibliche Personen, die zur Verbreitung wohl beigetragen hatten, nicht zu den Steuerzahlern zählten. Man wird aber auch noch mit der Möglichkeit rechnen müssen, dass thatsächlich eine einzige infizierte weibliche Person eine grössere Anzahl Männer angesteckt haben könnte. Auf jeden Fall handelt es sich bei unseren 15 Personen um eine Minimalzahl. Positiv aussagen können wir von diesen 15 Personen nur, dass sie — laut den Steuerbeträgen — sämtlich den untersten Gesellschaftsschichten angehören. Auffällig bleibt, dass von den vier Stadtteilen aus einem, nämlich Sachsenhausen, in allen drei untersuchten Jahren überhaupt kein einziger Fall von französischer Krankheit überliefert ist, während örtlich die Krankheit 1496 und 1497 in der Galgengasse bei mehreren Personen und ebenso 1497 und 1499 in der Schoppengasse und Breiten Gasse bei mehreren Personen bezeugt ist.

Im Jahre 1499 scheint das Interesse an der neuen schrecklichen Krankheit bei der Steuereinhebekommission schon zurückgegangen zusein, jedenfalls erscheint die Buchung unvollständig. Wenigstens wäre es kaum glaublich, dass die Zahl der Kranken, die noch vor zwei Jahren 15 in 12 Häusern betrug, auf 3 herabgesunken sein sollte, höchstens etwa 4, wenn wir den *Fogelhanns* (1497 Nr. 11) noch mit unter die Kranken zählen wollen. Ein weiteres Verfolgen der einzelnen Angaben könnte deshalb kaum mehr erheblichen Nutzen haben, es sollen deshalb hier nur noch die drei Einträge folgen:

1) Ob. Bl. 20*a*. *Grede sin hoffrauwe — dedit* 3 *s. minus* 1 *h.*, *hat mala franzosa, uff der Bruche* wohnhaft, lebte 1497 noch nicht hier.

2) Nd. Bl. 10*a*. *Hille — franzose*, in der Schoppengasse wohnhaftig, zahlte 1497 6 s. Steuer (Bl. 11*b*.)

3) Ne. Bl. 53*a*. *Kuntze — habet mal franczose*, in der Breiten Gasse wohnhaftig, wohnte 1497 noch nicht hier. Sachlich bieten uns diese Angaben nichts neues mehr.

In der »Zeitschrift fur Kulturgeschichte«[1]) habe ich zwei Notizen über die *veltkrankheit* aus den Stadtrechnungen zu Bingen von 1483 und 1489 mitgeteilt. Im Sinne der Zeit ist bei *velt* zunächst an »Feldlager«, kurz an etwas mit Krieg zusammenhängendes zudenken. Was für eine Krankheit sollte man aber damit gemeint haben? Da in beiden Fällen weibliche Personen der unteren Gesellschaftsschichten als Kranke in Betracht kommen, so scheint eine Geschlechtskrankheit immer noch am nächsten zuliegen, wenn es auch unmethodisch wäre, da wir noch im neunten Jahrzehnt stehen, direkt an Syphilis denken zuwollen. Lexer kennt in seinem Wörterbuch das Wort *veltkrankheit* nicht, aber wohl hat er *veltsiech* und erklärt es mit »aussätzig«, wie er auch für das Simplex *siech* im allgemeinen die Bedeutung »krank« und im besonderen »aussätzig« ansetzt. Das Grimm'sche Wörterbuch nennt eine Reihe Stellen, wo in mittelalterlichen Quellen von *veltkrankheit* die Rede ist, und weiss das Wort auch nur mit »Aussatz« zuerklären. Dagegenüber ist aber zukonstatieren, dass in keinem einzigen Falle der Wortlaut der Quellenstelle allein die Deutung »Aussatz« (Lepra) zulässt. Die Krankheit Hiobs hat man im Mittelalter und darüber hinaus immer mit dem der Zeit bekannten Aussatz identifiziert, aber trotzdem spricht die »Chronik der hilliger stat Köllen« dort, wo ganz unzweifelhaft die Syphilis gemeint ist, von *sanct Jobs Krankheit*, ein Beleg dafür, dass eben die Syphilis mit Aussatz verwechselt bezw. im Sprachgebrauche der Laien zum wenigsten nicht durchaus davon unterschieden wurde. Es soll damit durchaus nicht gesagt sein, dass *veltkrankheit* nicht Aussatz bezeichne, sondern nur, dass es diese spezielle Bedeutung nicht in jedem Falle haben müsse und dass andererseits sehr wohl auch einmal Syphilis damit gemeint sein kann. Das Gemeinsame an Aussatz (Hiobs Krankheit) und Syphilis (mala franzosa) sind die auffallenden Krankheitserscheinungen an äusseren Teilen des menschlichen Körpers. Von diesem Gedanken ausgehend würde man wohl mit Recht zu dem Ergebnis kommen können, dass *veltkrankheit* jede Krankheit mit diesem Merkmale, also gelegentlich sowohl Lepra wie Syphilis oder auch jede andere Krankheit, bei welcher äusserlich sichtbare Geschwüre vorkommen,

---

[1]) Herausgegeben von D. Gr. Steinhausen, Verlag von E. Felber, Weimar Jahrgang 1897, S. 452.

bezeichnen kann. Schon sprachlich ist es unklar, wie das Wort »*siech*« oder »*krank*« durch Zusammensetzung mit »*velt*« eine so enge Bedeutung annehmen kann, jedenfalls die Bedeutungen des Substantivs *velt* geben dafür keine Handhabe. Sollte das Wort vielleicht direct von »Falte« oder »falten« abgeleitet sein?

J. C. POGGENDORFF's *Biographisch-litterarisches Handwörterbuch zur Geschichte der exacten Wissenschaften, enthaltend Nachweisungen über Lebensverhältnisse und Leistungen von Mathematikern, Astronomen, Physikern, Chemikern, Mineralogen, Geologen, Geographen u. s. w. aller Völker und Zeiten.* Dritter Band (1858 bis 1883). Herausgegeben von Dr. *B. W. Feddersen* und Prof. Dr. *A. Z. von Oettingen.* Leipzig 1898. Joh. Ambrosius Barth. VIII. 1496 pp. Lex 8⁰. Preis 45 M.; in Halbfranz gebunden 49 M.

Wer kennt nicht Poggendorff? Sicherlich giebt es keinen auf dem Felde der med. Biographik thätigen Arbeiter, der nicht genöthigt gewesen wäre, ab und an auch diese verzügliche Quelle zu Rathe zu ziehen. Leider war das Werk, da es nur bis 1858 reichte und seit seinem Erscheinen über ein Menschenalter verflossen ist, bereits veraltet. Die Schwierigkeiten, welche sich bisher der Fortführung des Unternehmens in den Weg stellten, sind nunmehr soweit überwunden, dass vor kurzem der stattliche, die Notizen bis zum Jahre 1883 liefernde Band III das Licht der Öffentlichkeit erblicken konnte. Band III schliesst sich in Anlage und Ausführung ganz an die früheren Genossen an. Er enthält abgesehen von zahlreichen orthographischen Hinweisen und Ergänzungen im Ganzen etwa 5390 Namen, darunter 4194 neue Artikel. Ein IV Band mit dem bezüglichen Material von 1883 bis 1900 ist für absehbare Zeit geplant. Das ganze Werk bildet ein untentbehrliches Repertorium auch bei der med.-historischen Arbeit.

P.

L. ASCHOFF (Göttingen). *Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin.* Wiesbaden 1898. F. Bergmann. 26 pp. 8⁰.

Coll. Aschoff, Privatdocent für path. Anatomie in Göttingen, ist ein warmer Verehrer des med. Geschichtsstudiums, dessen Förderung er sich dadurch seit einiger Zeit angelegen sein lässt, dass er neben seinem Specialfach zugleich Vorlesungen über unsere Disciplin abhält. Als Leitfaden und Hülfsbüchlein für das Gedächtniss sollen nun vorstehende, ursprünglich nur im Manuscript gedruckte Tabellen dienen. Dieselben sind durchaus zweckdienlich und haben vor allen bisher vorhandenen Genossinnen den Vorzug nicht bloss der Neuheit, sondern auch grösserer Klarheit, Übersichtlichkeit und rationeller Eintheilung des Stoffes voraus. Einige Verbesserungsvorschläge hatte Ref. bereits Gelegenheit, dem Herrn Verf. persönlich, als er ihm die Correcturbogen zur Durchsicht vorzulegen die Freundlichkeit hatte, zu machen. Dieselben sollen bei einer etwa erforderlichen zweiten Auflage berücksichtigt werden. Dass diese zu Stande komme, wollen wir im Interesse der Sache hoffen und wünschen.

P.

RICHARD LANDAU (Nürnberg). *Bemerkungen über Geschichte der Medicin.* (Separatabdruck aus der Münchener Med. Wochenschr. No. 16. 1898. 9 pp. 8⁰.)

Ein von feuriger Begeisterung für unsere Wissenschaft dictirter Vortrag (gehalten im »Aerztl. Verein" zu Nürnberg am 4. November 1897). Die edle fesselnde Sprache, die überzeugende Kraft de Worter, mit denen unser verehrter Mitarbeiter für den Werth und die Nothwendigkeit historisch-med. Studien eintritt, verleihen dem Vortrage den Rang eines das gewöhnliche Niveau bei weitem übersteigenden Panegyricus, der sehr gut als Einleitung für ein Lehrbuch der med. Geschichte sich eignet. P.

J. PREUSS (Berlin). *Materialien zur Geschichte der alten Medicin. Die Organe der Bauchhöhle nach Bibel und Talmud.* (Sonderabdr. aus »Allg. Med. Central-Zeitung" 1898, No. 39 ff. 24 pp. 8⁰.)

Derselbe. *Die männlichen Genitalien und ihre Krankheiten nach Bibel und Talmud.* (Separatabdr. aus der Wiener Med. Wochenschr. 1898, No, 12 ff. 18 pp. 8⁰.)

Diese beiden neuen Arbeiten des verehrten Coll. und Mitarbeiters beweisen, dass wir den Mund nicht zu voll genommen hatten, als wir von bewundernswerthen Paradigmen für die Art, wie diese Themata anzufassen seien, sprachen und den Verf. für einen berufenen Meister auf seinem Specialgebiete erklärten. Mit den schon vorliegenden Publicationen (fr. Janus II, p. 376/377) bilden diese beiden nunmehr eine stattliche Serie, sodass die Vollendung eines Bandes I »Talmud. Medicin" nicht mehr lange auf sich warten lassen dürfte. P.

Anticonceptionelle Arzneistoffe von Baron Dr. OEFELE in Bad Neuenahr. Separatdruck aus »*die Heilkunde* (Wien)" 1898. Grossoktav 48 Seiten.

In diesem Aufsatze habe ich versucht eine Geschichte der anticonceptionellen Arzneistoffe für Mediciner, Juristen, Theologen und Culturhistoriker zu geben. Inhalt ist: 1) Gründe für das wissenschaftliche Interesse an artificieller Kinderlosigkeit p. 1. 2) Gründe für die Verwendung anticonceptioneller Mittel p. 4. 3) Pharmakologische Möglichkeit gegen die Fruchtbarkeit einzuwirken p. 11. 4) Stellung verschiedener Culturen, Völker und Autoren zur Künstlichen Unfruchtbarkeit p. 23. Schluss-alphabetische Besprechung der einzelnen anticonceptionellen Arzneistoffe p. 38.
Ein näheres Eingeben auf den Inhalt erscheint mir unnöthig, da ich den *Abonnenten des Janus* mit Interesse für die Schrift auf direkt geäusserten Wunsch ein Exemplar als Dedication übersenden werde. Auch meine bekannteren litterarischen Freunde erhalten nur auf besonders geäusserten Wunsch das Dedicationsexemplar, um die Schrift nicht in Laienhände fallen zu lassen.

Bad Neuenahr (Rheinpreussen). OEFELE.

DANEMARC.

Wie alt ist die Bezeichnung „Comma" von einem Mikroorganismus?

In seinen vorzüglichen »Vorlesungen über die geschichtliche Entwickelung der Lehre von den Bacterien' I (1887, drei Jahre nach der Entdeckung des Kommabacillus) sagt *Löffler* P. 14—18: »Der erste, welcher die wissenschaftliche Erforschung der niedersten Formen angebahnt und nach langen Jahren mühevollster Forschung eine systematische Zusammenstellung aller der verschiedenen von ihm beobachteten Formen nach *Linné'sche* Principien versucht hat, war — wenn wir von einem wenig bedeutungsvollen Versuche *Hill's* absehen — *Otto Friedrich Müller* in Copenhagen".

»In der Vorrede zu seinem grossartigen, leider erst nach seinem Tode durch *Otto Fabricius* veröffentlichten Werke: »Animalcula infusoria fluviatilia et marina", Hauniæ 1786, giebt *Müller* eine scharfe aber treffende Kritik aller jener früheren Arbeiten".

». . . . Die ganze Schaar der in keiner der Ordnungen der 6. *Linné*'schen Klasse der Würmer unterzubringenden Thierformen fasste er zusammen unter dem Namen »Infusoria". Diese trennte er dann in solche, welche mit äusseren Organen versehen waren, und solche, welchen diese fehlten, und die letztere weiter noch in häutige und dickere, membranacea und crassiuscula. Die crassiuscula enthielten die niedrigsten Formen: Monas, Proteus, Volvox, Enchelys und Vibrio. Von der Gattung Monas beschrieb er 10, von der Gattung Vibrio sogar 31 Arten. Alle Merkmale, welche sich ihm darboten, Form, Bewegung, Fundart, biologische Eigenthümlichkeiten, benutzte er zur Unterscheidung der Organismen, welche er beobachtete. Vorzüglich aber war es die Verschiedenheit der Form, nach welcher er die Arten bestimmte. So unterscheidet *Müller* . . . . Vibrio lineola . . . . rugula . . . . bacillus . . . . undula . . . . serpens . . . spirillum . . . . ".

»*Müller* hat nun aber nicht nur die von ihm möglichst genau beobachteten Organismen beschrieben und benannt, sondern hat auch vor allem dafür Sorge getragen, und dies ist sein Hauptverdienst, dass sie in möglichst naturgetreuen künstlerisch ausgeführten Abbildungen, welche das Wiedererkennen seiner Arten ermöglichen, der Nachwelt überliefert wurden.

Es scheint indessen, dass es von *Löffler* übersehen ist, dass schon »*Müller* auch die Bezeichnung »commata" benutzt hat, wie aus folgender Anmerkung in seiner Prefatio P.XXIII hervorgeht:

»Hic aliam observationem adscribere lubet quam habui 13 Decembr. 1779. Superficiem nempe aquæ marinæ post duas septimanas occupaverat materies in alio vasculo albo-rufa, in alio nivea, utroque sub microscopio pellicula spumosa seu lanosa ex myriadibus punctulorum in varias formas diffluens; fermentationem materiæ diceres, at tota massa meris animalculis constabat; hæc maxime coacervata oculo maxime vel leviter armato examina atomorum vividorum offerebant, parumper dispalata vermiculos minimos *Vibrioni Lineolæ* similes prodiderunt. Res omnem fidem et omnem imaginationem superans, visu dignissima. Aliæ pelliculæ ex mortuis *Vibrionibus* conflatæ aderant: in his non punctula sed lineolas seu *commata* referebant. Decies longiora corpuscula linearia dispalata et immobilia reperi, an *Vibriones* iidem in longius coaliti, an *Vibr. Bacilli*

emortui? Intervallo 3 vel 4 dierum omnes periere, meræque pelliculæ porosæ nigricantes supererant."

Mehr als 100 Jahre früher als *R. Koch's* grosse Entdeckung ist also schon die Bezeichnung »*Comma*" von einem Mikroorganismus benutzt.

C.r.e.

FRANCE.

HENRY MEIGE: Les peintres de la Médecine (peintures murales de Pompei), Énée blessé. — *Extrait de la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.*

M. Meige, dont on connait les précédents travaux sur les *Peintres de la médecine* et les *Difformités dans l'art antique*, a profité d'un récent voyage à Naples pour étudier, dans les peintures murales découvertes à Pompei et à Herculanum, les sujets intéressant la médecine et les scènes de la vie médicale à l'époque romaine. De tels sujets ont assez rarement tenté le pinceau des artistes de l'antiquité qui affectionnaient plutôt les figurations mythologiques ou décoratives dans lesquelles il ne pouvait y avoir de place pour les représentations de la maladie; toutefois, un certain nombre de peintures Pompéiennes représentent des scènes de la vie publique ou privée et, comme les riches Romains aimaient à s'entourer de *moriones*, nains grotesques, qui avaient pour mission d'égayer leurs maîtres et surtout les convives à la fin d'une orgie, on devait présumer que la représentation de ces avortons, sur les murs des *triclinium* de Pompei et d'Herculanum, serait assez fréquente. M. Meige nous apprend, en effet, que les nains sont nombreux dans les peintures Pompéiennes et qu'ils portent tous les stigmates du rachitisme plus ou moins fidèlement rendus. Moins fréquents sont les hermaphrodites dont on compte cependant encore une vingtaine dans les fresques du musée de Naples; quelques uns appartiennent manifestement au *féminisme* proprement dit; d'autres, moins bien caractérisés, doivent être probablement rapportés à des cas *d'infantilisme.*

Mais la peinture la plus intéressante du musée de Naples, au point de vue médical, est assurément celle qui représente *Enée blessé.* Dans cette fresque, dont M. Meige donne une photogravure, l'artiste pompéien s'est inspiré de l'épisode raconté par Virgile au livre XII de *l'Enéide.* Le héros est représenté debout la main droite appuyée sur sa longe javeline, la gauche repose sur l'épaule du jeune Jule, le membre inférieur gauche supporte à lui seul tout le poids du corps, tandis que la cuisse droite, légèrement fléchie, nous montre sur sa face interne et à mi-hauteur une large blessure. Devant Enée, le médecin Japis, drapé dans une longue robe, un genou à terre pour être mieux à portée du point lésé, cherche au moyen d'une pince analogue au *forcipe ercolanese* à retirer le trait brisé dans la plaie; à l'arrière-plan, Vénus enveloppée d'un voile vaporeux, apparait à son fils tenant dans la main gauche le Dictame de Crète qui doit le guérir.

M. Meige a ajouté à son travail une seconde planche représentant une série d'instruments chirurgicaux, provenant des fouilles de Pompei et conservés au musée de Naples dans la collection des petits bronzes. Parmi ces instruments dont M. Meige nous fait connaître l'usage, les plus remarquables sont: le *forcipe ercolanese*, sorte de pince destinée à extraire les esquilles,

les séquestres, les fers de flèches ou de javelots et servant peut-être aussi de cranioclaste dans les accouchements laborieux; le spéculum trivalve, articulé; la sonde creuse à double courbure, munie d'une ouverture ovalaire à l'une de ses extrémités; les ventouses dont la forme ne diffère pas de celles employées encore de nos jours; etc.

Comme le fait remarquer l'auteur, en terminant son intéressant mémoire, l'Enée blessé du musée de Naples est très vraisemblablement le plus ancien document figuré représentant une opération chirurgicale.

Dr. Ed. Bonnet.

A. Franklin, *La Vie privée d'autrefois.* XII. Les Chirurgiens. 1893. Aujourd'hui qu'il n'existe plus qu'un seul et unique diplôme pour la médecine et la chirurgie et que, dans bien des cas, le même docteur peut être appelé à pratiquer indifféremment l'une ou l'autre, on a peine à comprendre la démarcation profonde qui séparait jadis les deux professions; toutefois, si l'on se reporte aux idées qui dominèrent le moyen-âge on se rappellera que toute œuvre manuelle était une oeuvre servile; or le chirurgien faisait nécessairement usage de ses mains et son art n'était qu'un art manuel, un véritable métier, tandis que le médecin qui se bornait à examiner les malades et à prescrire des médicaments, sans faire usage de ses mains, exercait au contraire un art noble. De plus, comme on l'a vu dans le volume précédent consacré aux médecins, il fallait être clerc pour étudier la médecine, c'est à dire appartenir de près ou de loin à l'état ecclésiastique, et, en vertu du précepte »Ecclesia abhorret a sanguine", l'exercice de la chirurgie était interdit aux clercs; abandonné aux ignorants; l'art chirurgical était exercé surtout par les barbiers et par les charlatans. Enfin, dans bien des localités, l'exécuteur des hautes-oeuvres pratiquait également la chirurgie; mais, dès la seconde moitié du XIIIe siècle, quelques barbiers intelligents tentèrent de sortir la chirurgie de l'ignorance dans laquelle elle était plongée; ils cessèrent de tondre et de raser pour se consacrer exclusivement aux opérations chirurgicales et, vers 1268, ils se réunirent en confrèrie spéciale sous l'invocation de Saint-Côme et de Saint-Damiens, rédigèrent des statuts et les soumirent à l'homologation d'Etienne Boileau, prévôt de Paris. Ce sont ces statuts, insérés dans le livre des métiers, comme nous l'apprend M. Franklin, auxquels tous les historiens de la chirurgie ont fait allusion sans les avoir vues et sans en connaître l'origine. Il y eut dès lors deux classes de chirurgiens, 1⁰. les Barbiers-clercs nommés aussi chirurgiens de saint Côme et chirurgiens de robe longue, 2⁰. les Barbiers-laïques dits barbiers-chirurgiens ou chirurgiens de robe-courte; les premiers cherchèrent constamment à se séparer des barbiers et à s'élever à la hauteur des docteurs-médecins, tandis que les seconds, leur contestant le monopole des opérations, cherchaient à rabaisser les chirurgiens de robe longue à leur niveau et, pour y arriver, pactisaient plusieurs fois avec la Faculté de médecine. Telle est la cause de la lutte qui se prolongea pendant près de 5 siècles entre les médecins et les chirurgiens, lutte dans la quelle ces derniers furent plus souvent vaincus que vainqueurs.

Après avoir consacré les premiers chapitres de son livre à décrire l'état de la chirurgie française au moyen-âge et à rappeler les règlements qui la régissaient, M. Franklin nous fait ensuite connaître les diverses pérépéties de

la lutte entre les chirurgiens et la Faculté de médecine et il reconnaît, avec tous les historiens impartiaux, que si la Faculté remporta la victoire, elle n'eut cependant pas le beau rôle en cette affaire. Mais bientôt la fin du XVIIe siècle allait préparer la revanche des chirurgiens et leur ouvrir la voie qui devait, au siècle suivant, leur assurer un triomphe éclatant et définitif. En 1672, Louis XIV crée, au Jardin des Plantes, en dehors de la Faculté qui s'était toujours réservé le monopole de l'enseignement, une chaire de chirurgie qu'il confie à Dionis et, 19 ans plus tard, après l'opération de la fistule, le Roi ennoblissait Félix son premier chirurgien en stipulant qu'il pourrait, sans déroger, continuer à exercer son art. Dans la suite, Clément, accoucheur de la cour et Maréchal, successeur de Felix dans la charge de premier chirurgien, reçurent à leur tour des lettres de noblesse; Maréchal qui avait, après la mort de Louis XIV, conservé ses fonctions auprès de Louis XV, profita du crédit dont il jouissait à la cour pour obtenir, de son royal client, la création à Saint-Côme de cinq cours constituant un enseignement complet de la chirurgie; les docteurs-régents protestèrent, mais en vain, ils durent se soumettre et cet échec marqua le début de la décadence de la Faculté de médecine. En effet, tandis que les chirurgiens soutenus par la faveur royale et aidés par les libéralités du premier chirurgien La Peyronie, fondaient une Académie qui allait bientôt s'abriter dans un magnifique edifice élevé par l'architecte Gaudouin, sur l'emplacement de l'ancien Collège de Bourgogne, la Faculté de médecine déclinait et perdait peu à peu son ancien prestige; comme ses vieilles écoles de la rue de la Bûcherie qui tombaient en ruines, elle-même succombait de décrépitude, restant quand même, jusqu' à son dernier jour, opposée aux idées nouvelles et réfractaire au progrès.

Dès 1743, une déclaration royale confirmée en 1749 par un arrêt du Conseil d'Etat, avait définitivement séparé les chirurgiens des barbiers et leur avait ouvert les portes de l'Université. La Faculté de médecine et l'Académie de chirurgie disparurent, l'une et l'autre, en 1792 avec toutes les associations scientifiques. Rétabli deux aus plus tard, l'enseignement de la médecine et de la chirurgie fut installé, sous le nom d'Ecole de Santé, dans les bâtiments de l'ancienne Académie de chirurgie; enfin, l'Ecole de Santé devint, en 1808, la Faculté de médecine. »A dater de ce moment, comme le dit M. Franklin, Saint Côme, Saint Damiens et Saint Luc réconciliés, n'ont cessé de vivre en bonne intelligence. Leurs dissentiments passés s'associent à des idées, à des moeurs si différentes des nôtres, qu'ils semblent déjà perdus dans les brumes de lointains horizons et l'on peut en réveiller le souvenir sans craindre d'affaiblir la cordiale entente qui règne aujourd' hui entre une science et un art faits pour se prêter un mutuel appui".

XIV. VARIÉTÉS CHIRURGICALES. 1894. *(Ouvrage couronné par l'Académie de médecine; prix Saintour).*

1[0]. *La Saignée* — L'auteur rappelle que la saignée mutuelle était autrefois un témoignage d'affection et que, dans les couvents de Paris, cette opération était pratiquée, à certains jours déterminés de l'année, sur tout le personnel de la maison; les laïques du voisinage venaient même

souvent s'associer à cette cérémonie que l'on nommait la *minution de sang.* Avec Botalli médecin de Charles IX et de Henri III, la saignée devient non seulement une sorte de panacée, mais encore un remède préventif dont les médecins parisiens abusent; on sait, par de nombreux passages de sa correspondance, que Guy Patin était un partisan convaincu de la phlébotomie et qu'il n' hésitait jamais à saigner un enfant nouveau-né ou un vieillard de 80 ans.

2⁰. *La chirurgie à l'Hôtel-Dieu*: M. Franklin nous fait un tableau saisissant des conditions déplorables, au point de vue de l'hygiène, dans les quelles se trouvait l'Hôtel-Dieu, au siècle dernier; si le fait n'était consigné dans le rapport rédigé par Tenon, au nom de l'Académie des Sciences, on aurait aujourd' hui peine à croire qu'on couchait alors jusqu' à 6 malades dans le même lit, mélangeant, sans aucun souci, les moribonds et les malades gâteux ou atteints d'affections contagieuses avec les convalescents; aussi, la mortalité était-elle effrayante à l'Hôtel-Dieu puisque la moyenne des décès s'élevait à 1 pour 4 et demi.

3⁰. *Sages-femmes et accoucheurs.* Aux XIIIe et XIVe siècles, les sages-femmes portaient le nom de *ventrières* et il y en avait déjà d'attachées à l'Hôtel-Dieu, comme accoucheuses, et au tribunal du Châtelet, comme experts. Les matrones ou sages-femmes de Paris, reçurent, vers 1580, des règlements relatifs à l'exercice de leur profession; leur communauté était placée, comme celle des chirurgiens, sous le patronage de St. Côme et de St. Damiens. C'est au XVIIe siècle que les chirurgiens commencèrent à se livrer à la pratique des accouchements et ils y obtinrent assez de succès pour être bientôt préférés aux accoucheuses par les princesses de la cour, les dames de la noblesse et de la bourgeoisie, malgré l'opposition d'un docteur-régent de Paris, Hecquet, qui developpa ses objections, uniquement basées sur des considérations de pudeur chrétienne, dans un petit volume intitulé: *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes.*

4⁰. *Les opérateurs.* On classait dans cette catégorie: les dentistes, les lithotomistes, les experts herniaires, les châtreurs, les renoueurs, les oculistes et les pédicures; ces opérateurs étaient généralement des spécialistes n'ayant pas fait d'études chirurgicales, mais ayant souvent acquis, par la pratique, une certaine habileté. Suivant M. Franklin, l'art du dentiste remonterait jusqu' à Esculape; il est certain que les chirurgiens romains n'ignoraient pas complètement la prothèse dentaire et qu' à cette époque les dentiers étaient déja en usage, ainsi qu'on peut le voir par les épigrammes de Martial; toutefois, ils restèrent pendant de longs siècles fort imparfaits puisque Melle de Gournay, belle-fille de Montaigne, était obligée, pour manger, d'ôter son ratelier de dents de Loup-marin. L'odontalgie étant une affection, aussi douloureuse que fréquente, nombreux étaient les apothicaires, opérateurs et charlatans qui prétendaient posséder un spécifique infaillible contre le mal de dents; au siècle dernier, le plus célèbre de ces charlatans était le Gros Thomas dont M. Franklin reproduit le portrait, d'après une estampe du temps.

La cystotomie fut pendant longtemps, à Paris, l'apanage de la famille Collot dont les membres gardaient secrets et se transmettaient les uns aux autres leurs procédés opératoires; après les Collot, Antoine Rufin, chirurgien de la Charité, vers le milieu du XVIIe siècle, passait pour le premier lithotomiste de Paris; au siècle suivant, Jean Baseilhac dit frère

Côme, religieux Feuillant, inventeur du lithotome caché qui porte son nom, était renommé pour la rapidité avec la quelle il opérait. Pour éviter aux malades timorés de recourir à l'opération, on préconisait certains remèdes capables, croyait-on, de dissoudre la pierre dans la vessie. Parmi les spécifiques de ce genre, celui de miss Stephen eut un colossal succès jusqu' au jour où l'on connut sa composition: ce n' était qu' une poudre de coquilles de limaçons, séchés au four.

Les experts herniaires d'autrefois, sont les ancêtres directs de nos modernes bandagistes; mais, avant de contenir les hernies par des bandages, des charlatans de bas étage, dits inciseurs ou châtreurs, avaient pendant longtemps pratiqué la castration partielle ou totale comme moyen curatif de la hernie; l'abus de cette opération fut même porté si loin, qu' en 1776, la Société Royale de Médecine dût aviser aux moyens d'y mettre un terme.

Les rhabilleurs ou renoueurs, proches parents de nos rebouteurs de village, remettaient en place les os disloqués ou rompus; fait assez curieux, la famille de Bailleul qui comptait parmi ses membres des abbés et des présidents à mortier, jouissait, avec l'exécuteur des hautes-oeuvres, du don singulier de remettre les articulations luxées et les os brisés. A partir de François Ier, ou voit un renoueur faire partie de la maison médicale des rois de France.

Les oculistes étaient, par les statuts, placés sur le même rang que les renoueurs; mais, en 1700, Lamartinière, premier chirurgien du roi, ayant fondé à Saint-Côme une chaire d'ophthalmologie, à partir de cette époque, presque tous les oculistes se firent recevoir maîtres en chirurgie.

Les tireurs de cors aux pieds étaient des opérateurs ambulants aussi peu considérés que les vendeurs de thériaque et les joueurs de gobelets; la maison de Louis XVI comptait cependant un pédicure en titre du nom de La Forest, auteur d'un traité sur *L'art de soigner les pieds.*

5°. *Les établissements hospitaliers de Paris.* A la fin du siècle dernier, les hôpitaux et hospices de Paris, les premiers au nombre de 23 et les seconds au nombre de 29, secouraient chaque jour 35.341 personnes, savoir: 6236 malades, 14.105 valides et 1500 enfants trouvés. Le plus important de tous les hôpitaux parisiens, l'Hôtel-Dieu, renfermait en moyenne 2500 malades distribués dans 25 salles. Le personnel chirurgical de cet établissement comprenait: 1 chirurgien-major, 12 chirurgiens, 2 chirurgiens gagnants maîtrise, 1 oculiste, 1 herniaire, 90 élèves en chirurgie, soit un total de 131 personnes. Les élèves faisaient la visite des malades, les pansements et les opérations de petite chirurgie quatre fois par jour.

Dr. Ed. Bonnet.

Mad^e. G. Abricossoff. *L'hystérie aux XVIIe et XVIIIe siècles; étude historique et bibliographique.* Thèse de la Faculté de Paris 1897; un vol. in-8°. de 144 p., Steinheil éd.

Elève de Charcot et familiarisée par un long stage dans le service du regretté maître avec les manifestations si nombreuses et si complexes de l'hystérie, Mad. Abricossoff s'est proposé de résumer, dans ce travail, les recherches des auteurs qui se sont, antérieurement à notre époque, occupés de la grande névrose féminine.

Le premier chapitre de la thèse de Mad. Abr. est consacré à une revue rapide des diverses théories ayant eu cours dans la science jusqu' au

XVIIe siècle; ce sont d'abord les philosophes grecs qui considéraient la matrice comme un animal susceptible de se déplacer et dont les mouvements causaient la strangulatio uteri ou suffocation de la matrice. Cette opinion, combattue par Galien qui admettait l'existence de l'hystérie chez l'homme, conserva des partisans jusque vers l'année 1609. Parmi les médecins que cite Mad. Abr., Jean de Wier (1575—1588) mérite une place d'honneur, car ce savant eut le courage de défendre, devant l'opinion publique, les hystériques que les inquisiteurs condamnaient au bûcher.

Le XVIIe et le XVIIIe siècles, les plus riches en documents sur le sujet, occupent la plus grande place dans le travail de Mad. Abr. et forment les chapitres 2 et 3 de son livre; c'est à la première moitié du XVIIe siècle qu' appartiennent les grandes épidémies d'hystérie religieuse ou démoniaque d'Aix, de Loudun et de Louviers. Dans ce même temps, l'étude de la maladie fait de notables progrès sous l'impulsion magistrale de Lepois, de Willis et de Sydenham.

Le XVIIIe siècle n'est marqué, à son début, par aucune acquisition nouvelle et il faut arriver jusqu' en 1758 pour trouver un travail digne d'intérêt, celui de Raulin. Deux ans plus tard, Pierre Pomme publie la 1ere éd. de son *Traité des affections vaporeuses* (1760) ouvrage qui eut un grand retentissement et peut être considéré comme le plus important qu' ait produit le XVIIIe siècle. C'est Pomme qui a introduit dans le langage l'expression: attaque de nerfs; après lui on ne trouve plus guère à mentionner que Whytt (1764), Pressavin (1770) et Tissot (1780). Enfin, malgré le développement des idées philosophiques, l'hystérie religieuse épidémique fait encore, dans ce siècle et en plein Paris, une retentissante apparition avec les Convulsionnaires de Saint-Médard.

Nous ne citerons que pour mémoire le dernier chapitre qui est un aperçu très succinct des connaissances acquises pendant le XIXe siècle; mais nous mentionnerons plus spécialement l'importante bibliographie qui termine le volume.

Pour conclure, nous dirons que si la thèse de Mad. Abr. ne contient pas d'idées neuves ou absolument originales, elle offre un résumé exact et consciencieux des travaux publiés sur l'hystérie jusqu'à la fin du siècle dernier. A ce titre, elle constitue un document qui pourra toujours être consulté avec intérêt et profit. Dr. Ed. B.

II. GÉOGRAPHIE MÉDICALE.

ALLEMAGNE.

C. H. Stratz, *Die Frauen auf Java.* Eine gynäkologische Studie. Stuttgart, Ferdinand Enke. 1897. 134 S. In holländischer Uebersetzung »De vrouwen op Java", eene gynaec. studie. Amsterdam, Scheltema & Holkema's Boekhandel. Samarang, G. C. T. van Dorp, 1898, 2e druk, met 41 afbeeldingen.

Verfasser, ein Schüler *Carl Schröder's*, welcher über 5 Jahre als erster Gynäkologe auf Java thätig war, hat in vorliegender Broschüre seine dort auf dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie gesammelten Erfahrungen niedergelegt.

Von geographisch-medicinischem Interesse ist besonders der erste Theil

derselben, welcher der Reihe nach die Bevölkerung von Java, die eingeborenen Frauen, die Vertheilung der gynäkologischen Krankheiten unter den europäischen und den eingeborenen Frauen, die Geburtshülfe bei den Javaninnen und den Europäerinnen, die Gynäkologie der Dukuns, der »weisen Frauen" von Java, und die europäische Gynäkologie in Java behandelt, und durch die verschiedene jetzt auf diesem Gebiete herrschende irrige Ansichten berichtigt werden. Auf Grund von an 135 Lebenden vorgenommenen Beckenmessungen fand *Stratz*, dass die Conjugata bei den Javaninnen ebenso gross oder nur wenig kleiner, die Breitenmasse dagegen durchschnittlich 3 cm. kürzer sind als bei Europäerinnen, dass also das javanische Becken, welches ausserdem eine geringere Neigung besitzt, im Gegensatz zu dem ovalen europäischen eine mehr runde Form besitzt. Bei Mischlingen erhält sich von allen Rasseneigenthümlichkeiten diese am längsten. Entgegen der allgemeinen Ansicht haben die meisten Europäerinnen keinen Fluor, jedenfalls giebt es keinen specifisch tropischen Fluor. Sehr selten werden bei denselben Prolapse beobachtet, was Verfasser darauf zurückführt, dass sie eine rationellere Kleidung (kein Corset) als ihre Schwestern in Europa tragen. Bei mehr als 50 % der Javaninnen fand derselbe Retroflexionen, die nach seiner Ansicht meist von den Dukuns künstlich durch äussere Handgriffe zum Zwecke der Erzeugung von Sterilität hervorgerufen sind. In den Händen dieser Frauen liegt auf Java hauptsächlich die Ausübung der Geburtshülfe und Gynäkologie nicht nur bei den Javaninnen und Mischlingen, sondern auch bei vielen europäischen Frauen. Dieselben bedienen sich ausschliesslich äusserer Handgriffe (Massage) zur Verbesserung fehlerhafter Kindeslagen, zur Verstärkung der Wehen, zur Austreibung des Kindes, zur Einleitung von Abort u. s. w. Nach der Geburt wird der Leib der Wöchnerin fest eingewickelt und täglich mehrmals massirt, wodurch das Entstehen eines Hängebauches, der auf Java äusserst selten ist, verhütet wird. Die Involution des puerperalen Uterus erfolgt bei den Javaninnen sehr schnell. Dass letztere durchweg rasch, leicht und schmerzlos gebären, ist dagegen nicht richtig, vielmehr werden bei denselben pathologische Geburten infolge von abnormen Kindeslagen und Beckenanomalien nicht selten beobachtet und pflegen, da die Dukuns denselben nicht gewachsen sind, Mutter und Kind das Leben zu kosten. Auch Kindbettfieber kommt auf Java vor, nach *Stratz*'s auf statistische Angaben sich gründender Schätzung sogar häufiger als in Europa.

Der zweite Theil der Arbeit, in dem plastische Operationen an Perineum und Vagina, Retroflexio uteri, Myome, Ovarialtumoren, extrauterine Schwangerschaft, Carcinom der Genitalien, Bildungsanomalien und Krankheiten der Adnexa besprochen werden, hat ein mehr gynäkologisches Interesse. Erwähnt sei nur, dass Verfasser 511 Operationen, darunter 94 Laparotomien, ausführte mit einer Mortalität von 25 = 4,9 %. 18 Kranke, von denen 6 schon vor der Operation inficirt waren, starben an rapid verlaufender Sepsis, während sonst namentlich bei Eingeborenen die Wundheilung und Resistenz des Organismus eine ganz vorzügliche war.

Die Ausstattung der Broschüre, deren Lectüre wir angelegentlich empfehlen können, ist eine ausgezeichnete; in den Text sind 41 vortrefflich ausgeführte Holzschnitte, darunter Abbildungen der verschiedenen javanischen Frauentypen, eingeschaltet.

SCHEUBE.

Ueber die Pest. Vortrag in der Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin 7/8. 1898, von Prof. Dr. Robert Koch.

Einleitend verbreitet sich R. Koch über die bisherigen Anschauungen der Pestherde und Pestverbreitung, die sich nach Kitasato's Entdeckung des Pestbacillus und durch seine eigenen Forschungen in Indien und Afrika abschwächen ja aufheben liessen, da Koch auch den Schleier etwas lüftete, der das Wesen der Krankheit, deren Ausbreitungsweise, Immunitätsverhältnisse und pathologische Veränderungen noch verhüllte.

Speciel bespricht Koch die Pestherde und deren Auslaufer. Da die Pest nach seiner Auffassung eine infectiöse Rattenkrankheit darstellt, so muss sie, wie jede andere Bacterienkrankheit, stets Herde besitzen, von wo aus sie sich verbreitet. Nach Beschreibung der älteren bekannten 3 Herde in Asien 1) in Mesopatamien 2) in Asir in Arabien 3) in China — Yünnam und Tibet — in diesem Sinne —, theilt R. Koch seine Entdeckung eines 4ten bisher völlig unbekannten Herdes in Kissiba am Victoria-Nyanza in Ostafrika und dem benachbarten Uganda mit. Als Koch eine eigenthümliche in Kissiba grassirende Krankheit gemeldet wurde, befand er sich, mit der Malariaforschung beschäftigt, an der Zansibarküste, von wo die Reise nach Kissiba 3 Monate beträgt, er sandte daher Dr. Kubitza noch Kissiba, dessen Verdienste sehr hervorgehoben werden. Noch dazu er in der Wildniss mit schwierigen Verhältnissen und dem Aberglauben der Neger zu kämpfen hatte, führte Kubitza, von R. Koch genau instruirt, 5 Obductionen aus, beobachtete eine Anzahl von Kranken und sandte nach Koch's Vorschriften angefertigte Deckglaspräparate, sehr gut conservirter Spirituspräparate von menschlichen Organen und von Cadavern spontan erkrankter Ratten zu ihm nach der Küste zur abschliessenden Untersuchung. Von den Eingebornen wird die Krankheit Lobunga, oder Mbunga genannt, da sie wissen, dass derselben verbreitete Rattensterblichkeit vorangeht, fürchten sie jeden Rattencadaver. Die Ratten sind in den das ganze Land bedeckenden Bananen oder Pisangdikicht, welche Luft und Licht vom Boden abschliessen, ungemein verbreitet, es wimmelt unter den Bananen von Ratten, welche, wenn erkrankt, den Infectionsstoff sowohl direct, als auch durch die Früchte — da die Eingebornen nur von Bananen leben und auch die Blätter zum Gebrauch verwenden — auf den Menschen übertragen können. Die Ratten selbst inficiren sich untereinander wie auch durch Fütterung.

Die Krankheit in Kissiba gleicht in ihren Symptomen völlig der Bubonenpest nur dass öfters die Drüsenschwellungen nicht so bedeutend sind, sie verlaufen meistens tödlich. Von 10 beobachteten Fällen wurde nur einer hergestellt. R. Koch verliest dann 2 kurze Krankengeschichten Dr. Kubitza's, die eine betraf eine 26 jährige Negerin, welche Abends Schüttelfrost, Kopfschmerzen hatte, und Erbrechen nach vorangegangene Abgeschlagenheit, dann am anderen Morgen in der Leistengegend wallnussgrosse Bubonen, rechts ebenso eine geschwollene Halsdrüse. Ueber den Drüsen war kein Oedem zu erkennen. Am 5ten Tage exitus. Bei der Section die sich auf die Drüsen erstreckte fanden sich die graurothen Drüsen mit Pestbacillen erfüllt. Im 2ten Falle 11 jähriges Mädchen mit gleichen Symptomen am 3ten Tage exitus. Die wallnussgrossen Bubonen erschienen auf den Schnitt dunkelroth, eine andere sah rothgrau aus. Die Netzgefässe waren stark mit Blut erfüllt, Haemorrhagien in die Darmserosa, die Milz sehr gross, weich, die Nieren sehr blutreich. Die Leistendrüsen beiderseits bildeten eine Kette.

In Leber und Milz nun fand R. Koch besonders in letzterer so viel Pestbacterien, dass deren mehr waren als Milzzellen, sie glichen in Aussehen, Form (Kapsel) und Verhalten gegen Farbstoffe, völlig denen in Indien bei der Pest beobachteten.

Kisiba sieht R. Koch nur als den *Ausläufer* eines Pestherdes an der sein *Centrum* im benachbarten Uganda, am Kagera-Nil, hat. Von hier aus wird die Krankheit durch Sclaventransporte nach Norden verschleppt, da man sich sonst die isolirten Pestausbrüche wie in Tripolis nicht erklären kann. Nach Mittheilungen von Missionaren soll die Krankheit in Uganda seit Menschengedenken endemisch sein und nach Dr. Stuhlmann's Berichten hat Emin Pascha in seinem Gebiete öfters Pestfälle beobachtet. Hierbei und bei den Sclaventransporten handelte es sich wohl um die von Ref. zuerst beobachteten und auch vor kaum 2 Jahren in der »Heilkunde" Wien, von ihm publicirten leichten, vorerst noch ambulant bleibenden Fälle von echter Bubonenpest. Nachträglich bemerkt der Vortragende, dass die Pestbacterien aus China und überallher dieselben seien. Der Einwand, dass angelegte Culturen als Beweise für Kisibapest fehlten, sei nichtig, weil die formlichen Reinculturen in den ihm zugesandten Organen auch in den Ratten, einen besseren Beweis bildeten, als solche auf künstlichen Nährböden, die man in der Wildniss nicht herstellen kann.

Dr. C. Däubler.

Die Dysenterie in Kamerun von Dr. Albert Plehn, *K. Regierungsarzt (in Kamerun) Archiv. für Schiffs und Tropenhygiene.* Band 2. Heft 3.

Der Autor beschreibt im Grossen Ganzen die von ihm in Kamerun während $2^3/_4$ Jahren an Dysenterie beobachteten Fälle und besonders die in der Dysenterieperiode 1897 zu Ende der Trockenzeit. Fast in jeder Factorei, Missionsanstalt und Wohnung von Europäern sei sie aufgetreten, auch im Gefangniss für Farbige. Etwa 70 Fälle seien (Farbige) im Hospital von ihm behandelt.

Ueber die Symptome sagt Verf. könne er nicht viel Neues sagen, nur dass bei der Mehrzahl der erkrankten Europäer Typhlitis hervortrat, welche in mittelschweren Fällen bei geeigneter Behandlung (?) zurückging. Bei Negern gestaltete sich der Verlauf wesentlich günstiger als bei Europäern, nur die Neger, welche ein letzten Stadium der Krankheit, mit faulig riechenden Entleerungen (?) eingeliefert wurden, starben. Nur bei Europäern beobachtete Verf. Darmgangrän und Hepatitis.

Zuweilen fand A. Plehn Amöben im Stuhl der Kranken, zuweilen nicht, für die Prognose sei dieser Befund gleichgültig, da auch Kranke ohne Amöben im Stuhl gestorben wären.

Die Behandlung war sowohl die bekannte diätetische als medicamentös. Da zuletzt bei der grösseren Zahl der Patienten Darmausspülungen (mit Bismuthum subnitr. 1 $^0/_0$) nicht mehr angängig waren, wandte Verf. neben Opium, Calomel 12 mal pro die, also stündlich mit Ausschluss der Nacht in Dosen von 0,05 mit gutem Erfolge an und empfiehlt diese alte Behandlungsweise ganz besonders, welche er 3 Tage lang fortsetzte. Später liess er nur 0,03 Calomel nehmen und sah dann keine Quecksilberintoxication. Um Recidive zu vermeiden muss der Kranke noch einige Wochen Diät halten, Wismuth nehmen oder Carlsbader Wasser, dem er Erfolg nachrühmt.

Das Material ist leider nicht gesichtet, auch fehlen zahlenmässige An-

gaben, so bei den Europäererkrankungen und im Gefängniss. Sectionsergebnisse fehlen ganz und es macht den Eindrück, als ob tropische Enteritis, die ebenfalls mit gehäuften Erkrankungen auftritt unter den beobachteten Fällen vorkam. Die Amöben werden, wie auch Kartulis betont, leicht in einem Tropfen schleimig-blutigen Stuhltheiles an ihrer Beweglichkeit erkannt und dieses Vorkommen ist stets und nur bei wirklicher tropischer Dysenterie zu bemerken. Dr. C. Däubler.

Aerztliche Erfahrungen in Neu Guinea, von Dr. Otto Dempwolff, *Archiv. für Tropenhygiene.* Band 2. Heft 3.

Nachdem D. Land und Leute von Neu Guinea, speciell der Astrolabe-Bay, geschildert, giebt er eine Uebersicht über Mortalität und Morbidität daselbst. Von C. 300 Farbigen (Chinesen, Javanen und Eingebornen) starben 26 auf seiner Station in den Jahren van 1893 bis 1896. es erkrankten monatlich 1893 und 1894. 49 %, später in 1896 12 %. Von 57 Europäern verlor Verf. 1896/97 in 225 Krankheitsfällen nur einen, von 500 Farbigen 55. Die Angaben über das mörderische Klima Neu-Guinea's werden dadurch sehr herabgemindert. (Ref.) Indem er zu den Malariaerkrankungen der Europäer übergeht, wovon 25 Krankengeschichten, kurz zusammengefasst, wiedergegeben werden, unter ihnen 6 Fälle von s.g. Schwarzwasserfieber, bespricht Verf. eingehend die Art der beobachteten Erkrankungen, woraus sich ergiebt dass er hauptsächlich Tertiana sah. In 3 Fällen wurden Blutuntersuchungen angestellt, stets grosse Plasmodien gefunden, in einem Falle (No. 5) auch eine Ringform, demnach eine Mischinfection. Von 60 Haemoglobinbestimmungen wird Mittheilung gemacht, 15 mal fand D. 90 %, 7 mal 70 % die meisten übrigen hatten unter 90 %. Sehr haufig wurden Complicationen mit tropischer Enteritis, eventuell (aber unsicher) mit Dysenterie beobachtet, wobei aber stets Chinin günstig wirkte, ebenso mit Muskelinfiltration und Keratitis. 7 Weisse behandelte D. an 14 Anfällen von Schwarzwasserfieber, wobei er meistens sparsam Erythrocyten im Urinsediment fand, was hervorzuheben ist, da es von anderen Autoren bei Haemoglobinurie seltener angegeben wird. Die Ursache des Schwarzwasserfiebers führt er auf Chiningebrauch zurück. Da Höhencuren bei zwei Kranken eine absolut sichere günstige Wirkung hatten, will Verf., und in Hinblick auf gleichartige viele Fälle im indischen Archipel wohl mit Recht, die Höhencur als das beste Mittel empfehlen. Die Arbeit ist eine durchaus fleissige und eingehende. Dr. C. Däubler.

Zur Frage des prophylactischen Chiningebrauches in tropischen Malaria-Gegenden, von Dr. O. Schellong, *Archiv. für Tropenhygiene.* Band 2. Heft 3.

Milztumor und Anaemie sind die Erscheinungen, auch der noch latenten Malaria, sie schwinden erst nach fortgesetztem Chiningebrauch. Das Chinin ist aber nicht im Stande den letzten Parasiten im Körper abzutödten, es ist nur ein therapeutisches Hülfsmittel, so lange der Mensch in der Malariagegend verbleibt und vernichtet die Malariaparasiten im Blut indirect, wohl dadurch, dass es ihnen den zum Wachsthum erforderlichen O (im Blutkörperchen) vorenthält. Diese Sätze erläutert der bekannte Autor in scharfsinniger Weise, indem er ausser seinen eigenen Beobachtungen eine grosse Anzahl anderer Verfasser zum Beweise heranzieht.

Dr. C. Däubler.

AMÉRIQUE.

Notes on Yellow Fever in 1897. Condensed from *Boston Medical* and *Surgeon Journal.*

Yellow fever and smallpox have been epidemic in Cuba during the year 1897. Smallpox affecting most severely the natives of the country and yellow fever the unacclimated Spanish troops. The Spanish Military hospitals have been filled to overflowing with yellow fever cases all though the year, and especially during the summer and autumn months.

The death-rates of the city of Havana and the town of Regla from July to November, 1897, were as follows: July, 71.52 per 1000; August, 86.34; September, 106.68; October, 136.37; November, 139.0. Dysentery, malaria, and diseases due to hardship and poor food prevaled during the autumn.

No serious epidemy of yellow fever has occurred in Rio de Janeiro throughout the year although sporadic cases have been met with more or less frequently.

Yellow fever was carried in April from Guayaquil in Ecuador to Panama, and then across the isthmus to Colon. It was epidemic in the isthmus all summer.

A severe epidemy of yellow fever occured in the island of Jamaica in October and November.

About the 20th August, yellow fever appeared at Ocean Springs, a summer resort on the Gulf Coast, frequented by visitors from New Orleans, Mobile and other places. Some five or six hundred cases were reported, but as dengue was also prevalent at the same time the majority of the cases reported as yellow fever were doubless dengue.

New Orleans received the infection from Ocean Springs. The first death occurred at New Orleans in the case of a patient from that town on the 8th of September. By the 15th September there had been 14 cases, and during September and early in October the disease had made such progress that on October 5th from 30 to 40 cases a day were being reported in that city, reaching a maximum of 60 cases on October 20th. From this date until November 6th, from 30 to 50 cases a day were reported; but in the week ending November 11th, frosts were reported in the Gulf States and Mississippi valley and a comcident sharp decline in the Epidemy took place. During the month of October, 1285 cases and 149 deaths had occurred in New Orleans.

Other districts visited by the outbreak were Mobile, Edwards, Biloxi, Galveston, Houston, and Montgomery in Alabama. It spread up the Mississippi Valley as far as Cairo in Illinois.

A. DAVIDSON.

DANEMARC.

EDW. EHLERS, *Aussatz-Recognoscirungsreise auf der Balkan-Halbinsel. Dermatologische Zeitschrift.* Bd. V, H. 1, S. 1.

Im vorigen Jahre unternahm Verfasser eine Studienreise nach der Balkan-Halbinsel, um eine Untersuchung über die Ausbreitung des Aussatzes in diesem Theile Europas anzustellen und einen Vergleich zwischen

den Formen zu ziehen, unter welchen die Krankheit im Norden und Süden auftritt.

Er wandte sich zuerst nach *Griechenland*, wo sich bis jetzt die Gesetzgebung der Aussätzigen noch nicht angenommen hat, indem weder Isolationsmassregeln existiren, noch sonst für diese Kranken Sorge getragen wird. In *Athen* und *Piräus* befanden sich — es war kurz vor Ausbruch des griechisch-türkischen Krieges, als *Ehlers* dahin kam — unter der grossen Zahl kretensischer Flüchtlinge, welche kort ein Asyl gesucht hatten, viele Aussätzige, denn Kreta war schon im Altertume als einer der schlimmsten Lepraherde bekannt. Verfasser fürchtet, dass durch diese Flüchtlinge eine Verbreitung des Aussatzes in Griechenland stattfinden wird, wie man wahrscheinlich auch unter den kretensischen Occupationstruppen in den nächsten Jahren sporadische Fälle von Lepra wird auftreten sehen. *Ehlers* untersuchte 26 aussätzige Flüchtlinge. Von Athen reiste er nach dem *Peliondistricte*, wo 15 Aussätzige aufgefunden wurden. Sodann begab er sich nach *Konstantinopel*. Die Zahl der Leprösen wird hier von Professor *von Düring* auf etwa 6—700 geschätzt. Dieselben befinden sich namentlich unter den spanischen Juden, welche ihre aussätzigen Verwandten bis zu ihrem Tode bei sich im Hause zu behalten pflegen, während die Griechen und Türken sich ihrer Kranken aus Furcht vor Ansteckung schnell entledigen. In Skutari, an der Küste von Kleinasien, befindet sich auf einem Kirchhof eine ärmliche, hauptsächlich durch Bettelei erhaltene türkische Leproserie, in der Verfasser bei seinem Besuche 35 Aussätzige vorfand. Auf *Corfu*, wohin er sich nun wandte, traf er keine Lepra an und ging daher weiter nach *Montenegro*, in dessen Hauptstadt etwa 100 Aussätzige leben sollen, was für eine Bevölkerung von 200000 1 : 2000 ausmacht. Nach einem Besuche der süddalmatischen Insel *Meleda* zum Studium des dort endemischen *Mal de Melada* welches mit der Lepra nichts zu thun hat, und über das er schon früher in Verbindung mit *Dr. Hovorka v. Zderas* berichtet hat (s. Janus II. Heft 4. Seite 386), beschloss er seine Reise in *Mostar* und *Sarajewo*. In Bosnien und Herzegowina schätzt *Ehlers* die Zahl der Aussätzigen auf 7—800. Die Regierung ist im Begriff Isolationskolonien für dieselben zu errichten.

Nach dem, was Verfasser selbst gesehen und von Collegen gehört hat, verläuft die Lepra im Süden viel langsamer und hat einen gutartigeren Charakter als im Norden, welche Erscheinung er auf das Klima zurückzuführen geneigt ist. Von 41 Kranken, über die er Notizen mittheilt, gehörten 25 der anästhetischen Form an. In 3 Fällen sah er *aïnhumoïde Mutulation* an Fingern oder Zehen; einer derselben, welcher sehr instructiv ist, wird nach einer Photographie, die *Ehlers von Düring* verdankt, abgebildet.

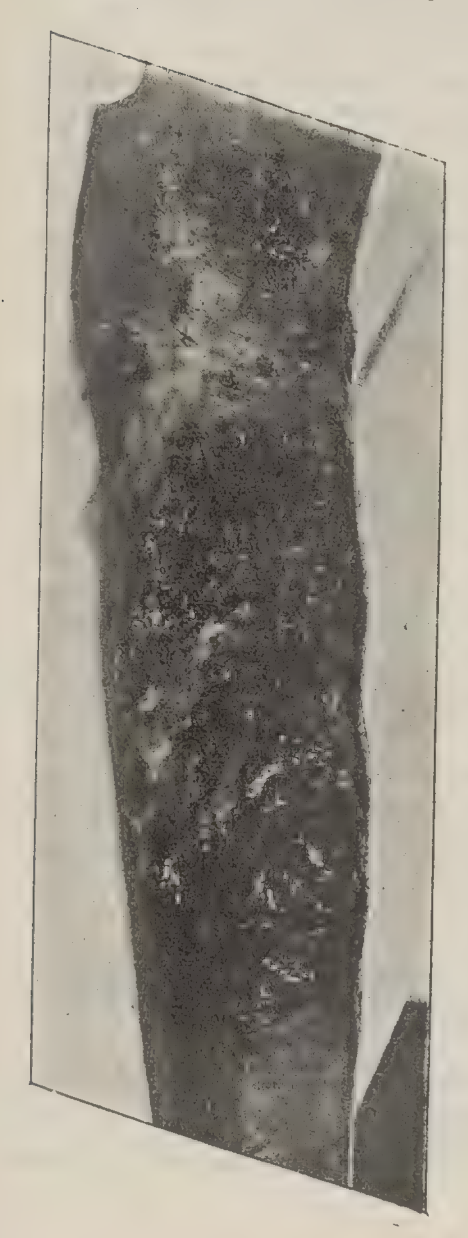
SCHEUBE.

EMPIRE OTTOMAN.

Notre Co.-Rédacteur, le Dr. Stekoulis (de Constantinople), aura l'obligeance de nous fournir les données désirées.

FRANCE.

Etude clinique et bactériologique d'un pseudo-mycose observée en Algerie, par M. M. J. Brault et J. Rouget. (Extrait des Archives de médecine expérimentale, t. IX).



Cette pseudo-mycose observée deux fois en six mois à la clinique chirurgicale de l'hôpital de Mustapha, attaque surtout le membre inférieur et se cantonne, semble-t-il, de préférence au segment jambier.

L'affection débute par une collection sous-cutanée arrondie que le malade compare volontiers à une *loupe;* au bout de deux à trois semaines, la tumeur s'acumine, crêve et donne issue á une matière grise, encéphaloïde qui ressemble un peu à de la *cervelle cuite* et est parfois mélangée à du pus très epais contenant des grumeaux blanchâtres.

L'abcès vidé, d'autres se forment dans le voisinage, la peau se sphacèle et bientôt l'on constate l'apparition d'un vaste *ulcère à fond rouge vif, recouvert par places d'un enduit jaune grisatre très-adherent.* Cette ulcération gagne par endroits et excave profondément les berges qui la limitent, sur d'autres au contraire elle semble perdre du terrain, les rives sont affaissées et présentent déjà un faible liséré cicatriel; néanmoins le processus continue et tout autour l'on voit des lésions à différents stades.

Ici ce sont des collections déjà fistuleuses, là des poits ramollis, fluctuants; qui mènent après ouverture dans des galeries inter et intra — musculaires, de dimensions insoupçonnées.

En effet, l'affection gagne peut-être plus encore en profondeur qu'en surface et présente surtout le caractère *térébrant.*

Chez le premier malade, au bout d'un an, à part quelques lots restés sains, les lésions avaient envahi presque toute la hauteur de la jambe et les deux tiers de sa circonférence. Chez le deuxième sujet, le début remontait à six mois seulement et les lésions étaient moitié moindres.

L'examen du pus au microscope, pratiqué à l'état frais ou après coloration, a montré: 1o. Des globules de pus très abondants; 2o. Des fragments de muscles dont la situation est nettement apparente; 3o. De longues fibrilles réfringentes, ondulées ou enroulées en spirale, formant un chevelu élégant, ou enchevêtrées par paquets; elles se terminent tantôt par une pointe effilée droite, tantôt par une boule ou une sorte de vrille analogue à celle des plantes grimpantes. 4o. Enfin des micro-organismes appartenant à des espèces peu variées.

L'une d'entre elles est constante; elle est représentée par un *bacille grêle et long* affectant souvent la *forme filamenteuse* et rappelant morphologiquement l'aspect du vibrion septique dans les préparations faites avec l'exsudat péritonéal des cobayes qui ont succombé a l'infection.

Ce bacille grêle et long parait être l'agent spécifique de l'affection, les autres bactéries ne sont que des *microbes adjuvants* qui viennent en aide ou précèdent et renforcent son action pathogène, comme semble le prouver l'expérimentation sur les animaux.

Le pus des malades, inoculé sous la peau des cobayes, a produit chez ces animaux des lésions, présentant les plus grandes analogies avec l'affection observée.

L'injection intra-péritonéale de pus delayé dans du bouillon ou de l'eau stérilisée produit généralement une péritonite localisée avec abcès enkysté. Celui-ci se développe en des points divers, rarement ou niveau de l'inoculation.

Le pus des abcès provoqués chez le cobaye est inoculable à un nouvel animal et on peut répéter ces inoculations successives en série indéfinie (33 cobayes de juin à décembre).

Comme traitement, les auteurs conseillent d'endormir une ou plusieurs fois le patient, et la bande d'Esmarch une fois mise, de pratiquer la stérilisation des ulcères, l'incision, le curettage et la cautérisation des différents clapiers.

Dans des lésions aussi étendues et aussi complexes, il faut revenir plusieurs fois à la charge, car l'on ne peut espérer tout enlever du premier coup.

Le traitement (toniques et iodure de potassium) a été peu efficace car on a vu paraître encore plusieurs nouvelles manifestations de la maladie, même après que l'imprégnation iodurique a été manifeste.

Dr. P. Fabre.

De la résistance des types anthropologiques aux influences des milieux. Par le Dr. Liétard. *Extrait du Bulletin de l'Académie de médecine.* Séance du 10 mai 1898, (13 pages).

Dans la vingt-et-unième de ses *Lettres sur la Théorie des probabilités*, parues en 1846, Quételet, traitant du type qui est particulier à chaque peuple, s'exprime ainsi: »Chaque peuple présente sa moyenne et les différents écarts de cette moyenne en nombres calculables *a priori.* Cette moyenne varie d'un peuple à l'autre, quelquefois même dans les limites

d'un seul pays, où deux peuples d'origines différentes peuvent se trouver confondus. Que demain l'on peuple une île déserte, en y plaçant 1000 hommes de la race la plus grande, des patagons par exemple, ayant tous M. 1,80 de hauteur, et 1000 lapons n'ayant que M. 1,40 de hauteur: la taille moyenne dans cette île sera de M. 1,60, et cependant pas un homme n'aura cette taille. En groupant les tailles par ordre de grandeur, nous ne pourrons former que deux groupes, et la loi de possibilité sera complètement en défaut, du moins en apparence. Mais on voit d'abord que le désaccord ne provient ici que de ce qu'on mêle des choses hétérogènes, des hommes de races différentes, et qui ont des lois différentes de développement. Cependant ne rejettons pas cet exemple, il peut nous être utile. Supposons qu'au lieu de choisir 1000 patagons ayant tous la même taille, on en prenne 1000 tels qu'ils se présentent, ayant les uns moins, les autres plus de M. 1,80: quand on les groupera par ordre de grandeur, leur arrangement, nous le savons déja, sera déterminé par la loi de possibilité. Si l'on en fait autant pour les 1000 lapons, il peut arriver qu'un certain nombre de ces derniers aient la taille des patagons les plus petits, et alors les deux lignes qui figureront leur arrangement empièteront l'une sur l'autre. Cet empiètement sera d'autant plus grand, que les deux races d'hommes qu'on a melées, différeront moins en hauteur et qu'on aura moins choisi les hommes. Si l'on avait à mesurer les tailles chez un peuple semblable, on pourrait ignorer qu'un pareil mélange a eu lieu, mais l'expérience le ferait connaître. La ligne qui représenterait les mesures aurait deux sommets, qui annonceraient deux races différentes ayant des tailles moyennes inégales. La loi de possibilité a donc ce nouvel avantage qu'elle aide a résoudre un problème très intéressant sous le rapport anthropologique".

C'est A. Bertillon père qui, en 1863, fit connaître l'un des plus curieux exemples à l'appui de ce théorème de Quételet, exemples qui manquaient complètement encore au temps où il fut émis par l'illustre statisticien. Bertillon démontrait que dans le département du Doubs les tailles des conscrits sont réparties de la manière prévue par Quételet pour les territoires où deux races différentes se trouvent mélangées. Des études ultérieures apprirent que cette particularité de la courbe à double sommet se rencontre dans presque tous les départements du nord-est de la France. Les deux races de taille moyenne différente et qui ne sont pas encore fusionnées par l'amphimixis sont ici les Celtes, petits, bruns, brachycéphales, et les Galates, Gaulois ou Kymris, hommes grands, blonds, dolichocéphales. Un phénomène tout à fait analogue a été reconnu par Otto Ammon pour la Bavière, par N. Zograf pour la Russie, où même trois maxima ont été constatés.

Néanmoins — ainsi que le remarque le Dr. Liétard — il faut reconnaitre que rien *a priori* n'oblige à accorder à la race l'influence absolue sur cette repartition si profondément intéressante des tailles, puisqu'il est certain que les milieux ont sur les modifications de la taille une action sérieuse. Déja J. Bertillon, tout en reconnaissant qu'il y a bien là l'indication du mélange de deux types différents, pensait qu'il n'était nullement prouvé que ces deux types ayent leur origine dans les races seulement. Dans le mémoire cité et avec des arguments établis dans un travail plus considérable sur la taille dans les Vosges se rapportant à environ 36000 tailles de conscrits, le Dr. Liétard vient de prouver que les races sont bien les seuls facteurs en cause.

Sur les 29 cantons dont se compose le département des Vosges 14 ont une courbe des tailles avec un seul sommet, 15 présentent deux maxima de tailles. Il y a un groupe de six cantons dans la région du sud-est du département où les influences dégénératives: travail manufacturier, logements insalubres, alcoolisme, se trouvent le plus fortement accumulées. Faisant choix dans cette région de deux cantons dont l'un possède une répartition des tailles qui se traduit par une courbe à deux sommets et dont l'autre a une courbe à un seul maximum, et comparant ces deux courbes à deux autres du même département dont le régime des tailles soit encore normal, le Dr. Liétard trouve que les courbes de la région dégénérée ont conservé leur forme, seulement tous leurs éléments ont été repoussés vers les tailles faibles; mais il n'y a rien d'un nouveau type dont l'existence eut été révélée par la courbe des tailles.

Il conclut: que les influences des milieux et des causes hygiéniques, qui ont pour conséquence la dégénérescence et la déchéance physique de la population, quoique excerçant sur la taille une action allant jusqu' à des abaissements de 7 ou 8 centimètres, n'ont pas pour conséquence de créer un type nouveau. Si dans un certain territoire une répartition des différentes tailles se traduit par une courbe à deux sommets il faut donc conclure à la présence, dans la population, de deux races mélangées et encore incomplètement fusionnées, mois non de deux types d'hommes dont le second aurait été différencié du premier par les influences des milieux.

EUG. DUBOIS.

Les Lépreux de Scutari. Dans la *Normandie Médicale,* le Dr. C. NICOLLE a donné des renseignements intéressants sur une léproserie située dans le cimetière de Scutari. Cette léproserie contient 25 à 30 lépreux. Tous les lépreux sont mariés soit avec des lépreuses sont avec des femmes saines. Leur indigence les rend monogames. Un certain nombre de ménages ont des enfants.

Ces lépreux dont quelque uns sont là depuis 10 et même 20 ans, viennent surtout de l'Anatolie.

L'iman qui est chargé de la direction de la léproseries est un prêtre non lépreux. Il ne croit ni à l'hérédité ni à la contagion de la lèpre, car il n'en a pas observé d'exemple. Il a 60 ans et est né à la léproserie, où il a succédé à son père.

De traitement, il n'y en a pas, pas plus que de médecin dans cette léproserie. Le Dr. Zambacco-Pacha l'a cependant visitée quelquefois. Mais depuis quatre ans, il n'y est plus venu.

P. F.

GRANDE BRETAGNE.

Tropical Diseases: A Manual of the Diseases of Warm Climates, by PATRICK MANSON, M. D., L. L. D., F. R. C. P., London. 1898.

Malattie Predominanti nei Paesie Caldi e Temperati Dott. FILIPPO RHO, Medico di la classe nella R. Marina. Torino 1897.

That two such works as these standing at the head of this article should appear almost simultaneously, one in England and the other in

Italy, is a gratifying proof of the growing and widening interest of the profession in tropical pathology.

Dr. Manson's work will be welcomed in England as the contribution to the subject of one whose indefatigable and successful labours entitle him to speak with unequalled authority on many of the diseases of warm climates. His discoveries in connection with filariasis have reduced a whole series of morbid phenomena — lymph scrotum, elephantiasis, lymphangitis, chyluria — from chaos into order; and, what is of still more importance, the discovery of the metamorphosis of the embryo filaria in the mosquito promises to furnish a clew to guide us through yet unexplored mazes of pathology. His present researches into malaria are being followed with interest not only in his own country from which he has removed the reproach of having hitherto contributed so little to advance our knowledge of paludism but by scientists throughout the world. His theories, which will doubtless have to undergo modification as research proceeds, have already given a new direction to our search for the plasmodium outside man and has opened up fresh hopes of its discovery.

The work before us is an eminently practical one, intended mainly for the student and for the practitioner who cannot carry about with him the larger treatises on the subject, but it is also an eminently suggestive one, and the most experienced, and those who have access to large libraries, cannot fail to profit by its perusal.

The work covers the whole field of tropical disease. Even such little known maladies as nasha fever, kala azar, Japanese fever, craw craw come in for brief notice. The more important diseases receive the fullest justice that the author's limits allow. Malaria, filaria, beri-beri, and the parasitic diseases generally, receive a due share of attention. The style is terse, concise, clear. The necessary condensation never causes vagueness. Descriptions and directions are definite, clear, and sufficient for our practical purposes. This is especially the case with respect to the operations devised by himself; they are well described and illustrated. In reading this work one feels that he has to do with the experience of one who has not only seen and treated the diseases he describes, but has brought a keen intelligence to bear upon the problems they present, who has himself explored much new ground and who has the rare faculty of divining what lies beyond the sphere of what is already mapped out. In this respect the book differs from the ordinary run of manuals. Every student and teacher of tropical medicine will join us in thanking the learned author for his valuable contribution to the subject.

A. Davidson.

HOLLANDE.

Stokvis. *La colonisation et l'hygiène tropicale.* Paris, Armand Colin et Cie. 1896, 32 S.

Entgegen dem alten Dogma, dass der Europäer eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen den Einfluss des tropischen Klimas besitzt als der Eingeborene, sich in den Tropen nicht vollkommen akklimatisiren kann

und daher unfähig ist, in denselben wahre Ackerbaukolonien zu gründen, hat *Stokvis* schon wiederholt die Ansicht ausgesprochen, dass die Gründung und das Gedeihen von europäischen Handels- sowohl als Ackerbaucolonien in den Tropen sehr wohl möglich ist, und thut dies auch in vorliegender Abhandlung, einem Vortrage, den er in einer Sitzung des »Institut colonial international" in Paris gehalten hat, indem er sich auf die Statistik stützt — der einzige Weg überhaupt, auf welchem diese wichtige Frage entschieden werden kann. Wie diese ergiebt, hat in den letzten drei Decennien Dank den Erfolgen der modernen Hygiene sowohl in der englisch-indischen als in der niederländisch-indischen Colonialarmee die Sterblichkeit der Europäer so bedeutend abgenommen, dass sie jetzt geringer ist als die der Eingeborenen. Da das Leben eines Feldarbeiters weniger aufreibend ist als das eines Soldaten, ist daher wohl der Schluss erlaubt, dass auch der europäische Arbeiter dem Eingeborenen an Widerstandsfähigkeit nicht nachstehen wird. Betreffs der Widerstandsfähigkeit der Frauen in den Tropen besitzen wir noch keine genauen, zuverlässigen Daten. Aber das bis jetzt vorliegende Material sowie die Erfahrungen der Lebensversicherungs-Gesellschaften in Niederländisch-Indien sprechen dafür, dass die Verhältnisse für die Europäerin nicht wesentlich ungünstiger liegen als für die Inländerin. Und was endlich die Kinder betrifft, so ist die Sterblichkeit der letzteren in Indien eine weit geringere als in Europa. Es ist ferner behauptet worden, dass nach längerem Aufenthalte in den Tropen eine Verschlechterung der Rasse eintritt und diese unfruchtbar wird. Diese Behauptung gründet sich hauptsächlich auf die Erfahrungen, welche in den ersten Jahren der französischen Colonisation in Algier gemacht worden sind. Dieselben waren allerdings traurige, sind aber durch die glänzenden Erfolge der späteren Zeit widerlegt worden. Es ist zwar richtig, dass man in Indien selten europäische Familien reiner Rasse in dritter Generation findet. Dies hat aber seinen Grund darin, dass allgemein der Wunsch besteht, nach erworbenem Reichthum sobald als möglich in die Heimath zurückzukehren, und die Kinder, wenn sie in's Jünglingsalter treten, dorthin geschickt werden. Auf der andern Seite beweist eine Reihe von Beispielen, welche *Stokvis* aus Surinam, Peru, Porto-Rico u. s. w. anführt, dass in den Tropen die Fortpflanzung der reinen unverfälschten Rasse, und zwar nicht nur der semitischen und lateinischen, sondern auch der germanischen, möglich ist. Besonders interessant ist in dieser Hinsicht die Geschichte einer kleinen Colonie holländischer Bauern in Surinam, welche von *Stokvis* mitgetheilt wird. Der Uebergang aus der gemässigten Zone in die Tropen, die Akklimatisation, stellt natürlich einen starken Eingriff in den menschlichen Organismus dar, der unter gewissen ungünstigen Verhältnissen sogar deletär werden kann, und es ist Aufgabe der Hygiene, die Wirkung desselben möglichst abzuschwächen. Ist aber diese Periode, welche Jahre dauern kann, glücklich überwunden, dann ist der Europäer zum Tropenmenschen geworden.

Besonders geeignet für Ackerbaucolonien sind Gebirge und Hochplateaux, auf denen die Temperatur eine niedere ist und man die Malaria nicht zu fürchten hat. *Stokvis* ist ein entschiedener Gegner der Massencolonisation; dass sich befreundete oder verwandte Familien, höchstens etwa 20 Personen, zusammenthun, erscheint ihm als das Ideal, wozu eine kräftige

Unterstützung von seiten der Regierung oder von Colonialgesellschaften hinzukommen muss.

Am Schluss seiner höchst geistreich und formgewandt geschriebenen Abhandlung, deren Lectüre jedem, der sich für die Colonisationsfrage interessirt, mag er Mediciner sein oder nicht, auf das wärmste empfohlen werden kann, stellt *Stokvis* folgende Sätze auf:

1. Die Gründung und das Gedeihen von europäischen Handels- und Ackerbaucolonien ist sowohl im Tropentieflande als in hochgelegenen Tropengegenden vollkommen möglich.
2. In der Colonisationsfrage spielen die tropischen Temperaturen und die Rassen der Colonisatoren eine sehr secundäre Rolle.
3. Die Colonisation im grossen Massstabe, die Massencolonisation ist zu verwerfen.

SCHEUBE.

INDES BRITANNIQUES.

Pour cette rubrique, le Surgeon Captain Rogers, auteur du rapport connu sur le kala-azar (voir Janus II pg. 509), nous a promis sa précieuse collaboration.

INDES ORIENTALES HOLLANDAISES.

Le béri-béri et l'alimentation avec du riz.

Les lecteurs du »Janus" se rappellent que bien des fois il a été question, que l'alimentation avec du riz pouvait être la cause d'une intoxication qui produirait le béri-béri.

C'est en 1881 que la Revue des sciences médicales des Indes orientales (Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië, XXI, pag. 511) donna une traduction d'un article du docteur B. SIMMONS, à Yokahama, sur le béri-béri.

Il dit que le riz doit être placé à la tête de la liste des aliments interdits aux malades; qu'on a même pensé à la possibilité, que le riz serait la cause essentielle du béri-béri. Quoique cet auteur ne puisse pas expliquer pourquoi le riz est nuisible, il admet que la manière de le préparer peut avoir quelque influence. Il pense que le riz devient nuisible quand il est tout à fait débarassé de l'écorce extérieure. En tout cas il observait une amélioration extraordinaire, quand les malades ne mangaient plus de riz, mais une sorte de fève rouge (nommée *adzuke*), du froment ou de l'orge.

Dans la marine japonaise et un peu plus tard dans la marine néerlandaise aux Indes orientales on avait observé une grande diminution des malades du béri-béri, après qu'on avait diminué la ration de riz et donné plus de viande etc. Cependant on attribuait cette amélioration plutot à l'augmentation de la force nutritive de la nourriture et on ne pensait pas à une intoxication par le riz.

Le docteur E. v. DIEREN, d'Amsterdam, qui a étudié le béri-béri dans la littérature, demandait en 1888 s'il ne serait pas possible que le béri-béri fut causé par un poison qui dans certaines circonstances pourrait se trouver dans le riz; il continuait ces études et concluait en 1897 que cette maladie devait être une intoxication par cette graminée.

Le docteur C. EIJKMAN de Batavia, a étudié une maladie chez les poules,

une polyneurite, qui apparaît quand ces oiseaux ne mangent que du riz blanc complètement dépourvu de péricarpe; tandis qu' ils guérissent quand ils mangent du riz rouge ou du riz blanc avec le péricarpe.

Tous ces faits sont connus de nos lecteurs.

Le docteur A. G. VORDERMAN, Inspecteur du service médical civil à Java et Madoura, se rappelait, qu'il n'avait jamais vu le béri-béri dans les prisons, où les prisonniers étaient nourris avec du riz rouge mais l'avait constaté quand ils mangeaient du riz blanc. Le riz rouge est encore pourvu du péricarpe quand il est prêt pour la consommation; le riz blanc (une autre variété) en est presque toujours débarrassé quoiqu'on le mange aussi dans un autre état qui conserve encore des restes de péricarpe. (Fig. I).

Il s'informait auprès des autorités civiles des cas de béri-béri dans les prisons et sur la nourriture principale des prisonniers et obtenait les renseignements suivants.

Dans 63 prisons les prisonniers mangent principalement du riz blanc et on observe dans 34 le béri-béri (soit 54 $^0/_0$); au contraire sur 27 prisons, où on mangeait du riz rouge, le béri-béri se montrait dans un seul (soit 3.7 $^0/_0$ des prisons observées).

Mr. VORDERMAN fut chargé de faire un voyage à Java et à Madoura afin d'examiner l'état de salubreté des prisons et spécialement s'il pouvait constater quelque rapport entre la nourriture principale et le béri-béri.

Les résultats de ces recherches sont publiés par la Société pour le progrès des sciences médicales aux Indes néerlandaises dans un livre intitulé:

Onderzoek naar het verband tusschen den aard der rijstvoeding in de gevangenissen op Java en Madoera en het voorkomen van beri-beri onder de geïnterneerden door *A. G. Vorderman* enz. (Batavia, Jav. Boekhandel en Drukkerij, 1897).

»Enquête sur le rapport entre la sorte de riz, employée comme aliment »dans les prisons de Java et Madoura et l'apparition du béri-béri chez »les internés."

L'auteur visita 95 prisons pour les indigènes, [1]) et 5 autres prisons temporaires ou pour des femmes. Il s'était proposé pour toutes les prisons les mêmes questions, concernant la salubrité, l'alimentation des malades etc. Sa mission était tenue secrète, quant à la manière de se convaincre quelle sorte de riz était distribuée dans ces diverses prisons. Il est très intéressant de lire toutes les précautions qu'il prenait pour éviter d'être dupé par les fournisseurs etc., mais il serait trop long de les mentionner ici.

Les spécimens de riz, qu'il prenait dans les prisons, les casernes, les hôpitaux, sur les marchés etc. furent envoyés à Batavia (pourvus d'une lettre ou d'un chiffre) où ils furent examinés par diverses personnes compétentes.

Mr. VORDERMAN donne un aperçu détaillé des différentes sortes de riz qui sont consommées à Java; leurs noms scientifiques et malais etc.

L'auteur trouve que les grains contiennent 4 $^0/_0$ de péricarpe; ainsi dans 750 grammes de riz il y a environ 30 grammes de péricarpe.

Après avoir parlé de la quantité de riz exotique (importée de Singapore, de Hongkong, de Siam et de la Chine) et décrit ces différentes sortes, illustrées de très bonnes photographies (Fig. II) ainsi que de celles du riz de Java, [1])

---

[1]) Nous sommes heureux d'offrir à nos lecteurs les reproductions des gravures que nous devons à la complaisance de la „Vereeniging tot bevordering der geneeskundige wetenschappen in Nederlandsch-Indië", à Batavia.

l'auteur raconte en détail les différentes manières d'arranger cette nourriture par la population pour l'usage domestique et la préparation en grande pour les prisons, les hôpitaux etc. Il a fait cuire du pain, contenant $^3/_5$ de farine de froment et $^2/_5$ de *dĕdĕk* (son), qui était de bon goût; de même du biscuit de mer, contenant deux parties de farine de froment et une partie de *dĕdĕk.*

Il donne une carte très instructive des îles de Java et de Madoura, sur laquelle on voit en couleurs différentes la nourriture principale dans les diverses parties de ces îles. Ce sont le riz blanc, le riz rouge et le maïs.

En observant que les prisonniers reçoivent une grande quantité de viande, il fait l'énumération des céréales consommées, ainsique des autres aliments (fruits, poivre d'Inde, poissons, mollusques etc.)

Le maïs est examiné comme le riz.

Le résultat de toutes ces recherches est présenté dans son aperçu. Nous voyons, que dans les prisons, où l'alimentation consiste principalement en riz avec le péricarpe il y a 0.009 $^0/_0$ de béri-béri; mais quand elle était composée de riz sans péricarpe ce chiffre montait jusque 2.79 $^0/_0$; en donnant les deux sortes de riz ensemble on trouvait 0.24 $^0/_0$.

L'auteur donne encore quelques observations concernant d'autres établissements et résume ses recherches dans une planche très instructive. On peut voir d'un seul coup d'oeil la hauteur des prisons au dessus de la mer; l'alimentation avec les diverses sortes de riz et les cas de béri-béri, qui y sont observés. On trouve ainsi que dans les 37 prisons, où on donne du riz rouge (avec péricarpe) le béri-béri a été observé dans une seule prison — soit 2.7 $^0/_0$; dans les 13 prisons avec une alimentation mixte de riz rouge et riz blanc, on a observé le béri-béri dans 6 — soit 46,15 $^0/_0$ et dans les 51 prisons où on donnait du riz blanc (sans péricarpe), le béri-béri existe dans 36 — soit 70.98 $^0/_0$.

Mr. Vorderman a enfin examiné ces prisons sous d'autres points de vue. Il décrit leur construction, l'eau potable, l'âge des bâtiments, l'éclairage, la ventilation, la perméabilité des pavés, les murs, la population (diverses catégories), la simulation du béri-béri [1]), les aliénés parmi les prisonniers, les mutations des prisonniers, leur travail, le traitement médical des malades, les hôpitaux pour les malades du béri-béri, la salubrité des prisons, les chiffres des personnes attaquées par le béri-béri et la mortalité dans les prisons (spécialement encore dans celles où les prisonniers sont des fumeurs d'opium). Une exposition graphique de l'âge des bâtiments, de la perméabilité des pavés, de la ventilation et de la population des prisons en rapport avec les cas de béri-béri nous donne la conviction, que ces circonstances n'ont pas d'influence significative sur cette maladie.

Quant à la distribution géographique, elle est très inégale et on ne peut pas constater de causes dépendantes de la situation géographique. Dans la partie orientale de l'île de Java et dans l'île de Madoura le béri-béri se trouve dans presque toutes les prisons; en général c'est seu-

---

1) Les moyens les plus usités sont: l'imitation de la marche, l'excitation des palpitations de coeur; lier une corde autour de la partie supérieure de la cuisse ou introduire une soie de porc sous la peau, afin de causer un oedème.

lement le cas depuis les derniers douze ans; on a observé qu'il y avait des cas de béri-béri, après que d'autres malades atteints de cette affection avaient été transportés dans ces prisons. L'auteur en donne quelques exemples, rappelle les cas connus d'ailleurs et conclût que le béri-béri peut être transmis par les malades »dans quelques circonstances, qui ne sont pas suffisamment connues".

Sur la question, si le béri-béri est autochtone dans la partie occidentale de Java, il donne une réponse affirmative, parceque cette maladie se montre aussi chez la population libre dans cette contrée.

Comme nous avons vu la grande influence qu'a le riz décortiqué il était d'importance de savoir, si le pays d'origine de cet aliment avait de l'influence. Ce n'est pas le cas. Car parmi 88028 prisonniers, qui mangeaint du riz sans péricarpe, cultivé à Java, il y en avait 2.68 % malades de béri-béri tandis que parmi 62238 prisonniers, alimentés avec du riz décortiqué cultivé ailleurs ce pourcentage était de 2.95.

Quand le riz est conservé dans un endroit trop humide, il devient jaunâtre (peut-être par des micro-organismes). Ce riz ne semble pas avoir d'influence sur la maladie, car il n'est jamais donné pendant une longue période et il y a des prisons où on ne trouve pas de béri-béri, et où les prisonniers mangent ce riz.

Que la viande sèchée (*dèndèng*) ou le poisson sèché aient quelqu' influence, on ne peut l'affirmer, parce qu' il n'y a pas eu d'expériences faites avec ces substances alimentaires; seulement il y avait trois fois plus de malades de béri-béri dans les prisons où on mangeait du *dèndèng* importé de Siam que dans celles où on donnait du *dèndèng* de Java; mais on ne peut pas encore attribuer une grande signification à cette observation.

Mr. VORDERMAN, en reconnaissant la grande influence de l'alimentation avec du riz décortiqué, est d'avis que ce n'est pas la seule cause, parcequ'on trouve le béri-béri dans ± 71 % des prisons, où ce riz est la nourriture principale, mais qu'il y a aussi une prison à Bangkallan où, nonobstant cette nourriture, il n'y a pas de béri-béri. Il croit à l'influence des micro-organismes.

Une observation très intéressante a été faite à l'hôpital des prostituées à Kediri (Java) en 1896. Dans cet hôpital de 78 lits il y avait 270 prostituées. La nourriture principale était du riz javanais avec péricarpe. Mais l'aspect de ce riz n'étant pas appétissant, le médecin (ne connaissant encore rien des recherches du Dr. EIJKMAN et de celles de Mr. VORDERMAN) le refusait. Alors on fournit du riz de Saïgon sans péricarpe. Après quelque temps le béri-béri se déclarait tout-à-coup et dans peu de temps il y eut 22 femmes attaquées; 18 furent évacuées; Mr. VORDERMAN eut l'idée de donner du riz javanais avec le péricarpe et le béri-béri disparut. Cela prouve de nouveau l'influence importante de cette nourriture. Les autres mesures hygièniques, commandées par ce médecin, ne pouvaient pas avoir eu quelque influence.

Quelques observations sur l'influence des changements de temps et des excercices corporels terminent ce chapitre.

Mr. VORDERMAN conclût, que les recherches du Dr. EIJKMAN sur la polyneurite des poules ont reçu un grand appui des résultats de son enquête. Il croit que le péricarpe peut posséder quelque matière médicatrice, surtout au commencement du béri-béri.

Après avoir mentionné, que le Gouvernement a chargé le Dr. G. W. Boorsma d'un examen chimique et le Dr. G. Grijns d'un examen physiologique et pharmacodynamique du riz rouge, l'auteur estime nécessaire des expériences a grande échelle sur l'alimentation avec du riz muni de son péricarpe. Il reste partisan de la désinfection, opération très importante, quand on veut suivre ses prescriptions.

Nous trouvons mentionné les mesures, qu'il veut prendre dans le récit, qu'il a donné de l'hôpital des prostituées à Kediri. Les voici:

Le bâtiment doit être évacué; les murs en bambou rasés et brulés; les tuiles changées et exposées pendant longtemps à la lumière du soleil avec le côté de dessous en haut; après çela elles seront badigeonnées avec un lait de chaux. Le plancher sera couvert d'un enduit; le canal pour l'eau nettoyé et cimenté; tout ce qui peut encore servir du batiment sera désinfecté avec du sublimé. Avant de remettre les murs en bambou et les tuiles, le bâtiment devra rester exposé pendant longtemps à l'influence des rayons solaires. Les coussins etc. seront brulés; les personnes saines et leurs vêtements seront tout à fait désinfectés, et les malades évacuées.

L'auteur donne encore des exemples qui prouvent que la présence du péricarpe est très utile. En outre dans la prison de Japara on mangeait du riz blanc sans péricarpe. Il y avait des malades de béri-béri depuis Novembre 1895. Pour chaque mois le chriffre des attaqués pour la première fois était:

Novembre 1895	2
Décembre	0
Janvier 1896	3
Février	12
Mars	11
Avril.	14
Mai	6

En Juin on commençait à donner du riz rouge avec péricarpe. Dans ce mois il y avait un seul malade et après ce mois jusqu'en Février 1897 aucun.

Les mêmes faits furent observés dans la prison de Soerabaya, ainsi que dans l'hôpital des prostituées de cette ville.

Pour les preuves à grande échelle Mr. Vorderman croît nécessaire que le riz soit cuit dans les prisons mêmes. Quant à l'armée on rencontra des difficultés à donner du riz rouge où du riz blanc avec le péricarpe à cause de l'aspect de cette nourriture. C'est pour çela que l'auteur propose de donner aux soldats indigènes du riz blanc décortiqué et du pain, composé de farine de froment et de *dedek*.

L'ouvrage du Docteur Vorderman finit par un post-scriptum, dans lequel il parle du livre du Dr. van Dieren: »Béri-béri une intoxication avec du riz" (voir *Janus*, Mars—Avril 1897, Rev. bibliog. pag. 15) et il arrive à la conclusion, qu'il lui est impossible de partager cette opinion, mais qu'il est convaincu que le béri-béri est une maladie infectieuse, dans laquelle l'alimentation joue un rôle important.

J'ai taché de donner un aperçu impartial de l'ouvrage du Dr. Vorderman, spécialement de tout ce qui peut être regardé comme intéressant pour le lecteur hors des Indes orientales, c'est à dire de toutes les obser-

vations, qui concernent le rapport entre l'alimentation avec du riz et le béri-béri. J'ai mentionné mais non décrit tous les détails de l'examen du riz, du péricarpe, des méthodes de le préparer etc. parceque je crois, qu'il n'est pas nécessaire de décrire toutes ces choses (quoique elles soient très intéressantes au point de vue ethnologique), si on ne perd pas de vue les résultats pratiques de ces recherches minitieuses.

Très peu de temps après l'apparition de ce livre — avant même qu'il ne fut répandu en Hollande — le Docteur van Dieren publia des annotations sur ce livre sous le titre: »Kantteekeningen op Dr. Vorderman's beri-beri-rapport en nog iets, Amsterdam, Scheltema & Holkema's boekhandel, 1897". Ce livre est dédié à S. E. le Gouverneur Général des Indes néerlandaises.

L'auteur prétend que le Dr. Vorderman donne des chiffres trop faibles pour les cas de béri-béri, parcequ'il a suivi une autre manière de calculer les pourcents que celle suivie dans les rapports usuels. Mais il est clair, que la proportion mutuelle des chiffres n'y perd rien. Il n'est pas nécessaire de résumer ici tous les raisonnements du docteur van Dieren, parcequ'ils ne contiennent rien de nouveau.

Les recherches faites sur les poules par le docteur Eijkman sont sans valeur aux yeux de Mr. van Dieren, parcequ'une polyneurite peut résulter de diverses causes.

En répondant à l'article du Dr. Kessler (voir mes annotations sur la géographie médicale aux Indes orient. néerl.), l'auteur demande: »pourquoi tant de médecins aux Indes ont-ils une autre opinion dans cette question que moi?" Il est intéressant de savoir sa réponse.

Il dit, que tous ces médecins ont mangé pendant quelque temps du riz et qu'ils se trouvent dans le premier stade d'intoxication. Ils ne peuvent donc pas juger encore de la question.

Au contraire, nous trouvons dans »De Indische Gids" (Novembre 1897) un article du docteur W. J. van Gorcom, intitulé: »La question du béri-béri. Intoxication ou infection?" dans lequel l'auteur discute la théorie de Mr. van Dieren.

Mr. van Gorcom dit que la conclusion de van Dieren: »Le béri-béri est causé par le riz" a le défaut de ne pas être la conséquence nécessaire des faits mentionnés dans son livre; mais plûtot un résumé de ses contemplations, qui sont agrémentées avec beaucoup de raisonnements, d'analogies, d'imputations, de fantaisies, de boutades, d'épanchements et de quelques arguments mal choisis.

Mr. van Gorcom constate, que Mr. van Dieren donne beaucoup de raisons captieuses à l'appui de sa théorie, mais que toutes manquent de réalité. Il serait trop long de les répéter ici, mais la lecture de ses arguments est très intéressante et notablement instructive.

L'auteur fait une recherche exacte des résultats, obtenus dans la marine néerlandaise et japonaise par une alimentation améliorée des marins. Il démontre, quant à la marine néerlandaise, que les chiffres publiés par le docteur van Leent et par le docteur van der Elst font voir une amélioration importante; mais qu'ils ne prouvent rien parceque les cas de béri-béri diminuaient non seulement parmi les indigènes, qui prenaient 1000 grammes de riz par jour, mais aussi parmi les Européens, qui ne

prenaient point de riz, mais avaient leur nourriture ordinaire. Quant à la marine japonaise la diminution des cas de béri-béri était déjà commencée avant que l'alimentation ait été améliorée. Mr. VAN GORCOM a la conviction, que le béri-béri est une maladie infectieuse et que l'alimentation joue certainement un rôle dans ses causes, comme c'est le cas dans toutes les infections, mais ne peut pas être considérée comme la cause essentielle. Il est impossible de déclarer le riz la vraie cause du béri-béri, quand on observe des cas de cette maladie chez des personnes, qui n'en ont pas mangé; lorsque la matière toxique n'est pas entrée dans le corps on ne peut pas parler d'intoxication. Nous résumerons les raisons, que l'auteur rassemble pour sa conviction de la nature infectieuse du béri-béri et qu'il éclaircit par des exemples très instructifs. Beaucoup de ces raisons sont déjà mentionnées par d'autres auteurs précédents:

1⁰. Le béri-béri est seulement observé dans certains pays ou dans certaines régions et dans ces régions, parfois dans des places bien définies, où l'alimentation ne diffère pas avec celle des places, qui l'environnent. Dans quelques villes il est borné à quelques quartiers (Yokahama, etc.)

2⁰. Plusieurs fois le béri-béri a été observé, quand le sol avait été remué et que la coïncidence ne pouvait pas être méconnue.

3⁰. Plusieurs fois le béri-béri s'est montré seulement dans certains bâtiments et alors on a constaté une intensité de la maladie, qui hors de ces bâtiments n'a été qu' exceptionelle.

4⁰. Quand une place ou un bâtiment est exempt de béri-béri, la maladie peut s'y montrer après que quelques malades atteints de cette affection y sont restés quelque temps.

5⁰. Habituellement les malades s'améliorent ou guérissent, quand ils sont évacués.

6⁰. Le béri-béri se montre surtout dans les saisons, où les oscillations journalières de la température sont très grandes et quand on observe beaucoup de rhumes.

7⁰. Le béri-béri attaque surtout les personnes d'un âge moyen.

8⁰. Le béri-beri montre un grand penchant aux récidives, parfois dans des circonstances, qui excluent la possibilité de quelqu'influence de l'alimentation et qui sont typiques pour une infection.

9⁰. Il y des cas de guérison, sans que les malades changent en quoique ce soit leur manière de vivre ou de se nourrir.

10⁰. Le béri-béri montre beaucoup d'anomalies anatomo-pathologiques et des symptômes cliniques, qui appartiennent à des maladies infectieuses: dégénérescence inflammatoire du coeur; les cellules du foie et des reins sont troubles et ont une dégénérescence graisseuse; gonflement de la rate; accès de fièvre; anémie; gonflement des glandes lymphatiques; troubles de la digestion et des urines; quelquefois albumine; les poils tombent; rechutes et récidives fréquentes. *(A suivre.)*

Dr. C. L. VAN DER BURG.

ITALIE.

Malattie Predominanti nei Paesi Caldi e Temperati Dott. FILIPPO RHO, Medico di 1a classe nella R. Marina. Torino 1897.

The work by Dr. Filippo Rho, which stands second on the list, (pag. 80) is second to none of the treatises on tropical diseases which have recently

appeared in Germany, England, and France. It is a large work of 780 pages, closely printed in small type. It is a library in itself. All the more important diseases are very fully treated, especially malaria and the non-malaria pyrexias of warm climates. These two subjects alone if printed in our English fashion would make a large volume. Dysentery and suppurative hepatitis are very fully and lucidly discussed in the light of the most recent researches, and the author gives us the benefit of his own large experience of these diseases. Yellow fever and plague are dealt with, perhaps, less fully than their importance demands, and it is to be regretted that the recent researches of his distinguished countryman on the bacteriology of yellow fever had not been published in time to be available for the article on this subject. The article on plague although somewhat short, is very satisfactory and up to date.

The surgical diseases common in warm countries are relegated to a special chapter, and for clearness and fulness of treatment leave nothing to be desired. The work concludes with an interesting and instructive chapter on the climatology and hygiene of the tropics and on acclimatisation.

Those who are acquainted with Rho's contributions to tropical medicine, will be justified in looking for a high degree of excellence in this systematic work, and they will not, we think be disappointed.

We recommend all tropical practitioners who read Italian, (and we wish that their number were greater) to add this work to their libraries. We venture to think that il will be often referred to. A. Davidson.

REVUE DES PÉRIODIQUES.

Dr. Deblenne. *Les Plantes Médicinales en Chine, in Lyon Médical.*

Le Dr. Deblenne, médecin de la marine, a rapporté de curieux détails du voyage qu'il vient de faire à travers la Chine avec la mission lyonnaise.

Le commerce des drogues est un des plus importants et, dans la province de Sé-Tchouan, d'après la statistique douanière, il tient le second rang après l'opium et avant la soie. Les Chinois aiment beaucoup à se droguer et commencent à apprécier nos médicaments que certains d'entre eux préfèrent même à leurs vieux produits: parmi ceux-ci, il en existe un pour régénérer le sang et dont le prix est très élevé; un autre pour fondre les tumeurs, calmer la soif et agir comme diurétique; un aussi contre les ulcérations pulmonaires. Faut-il, comme la Faculté de Lyon, espérer qu'il y a quelque chose à glaner dans la matière médicale étrange des Célestes? Nous sommes fort sceptique à cet égard. Dr. Faidherbe.

Etude sur la lèpre en Algérie et plus spécialement à Alger; mesures prophylactiques, avec similigravures, chromolithographies, cartes, etc. par les Drs. Gemy et L. Raynaud. Imprimerie typographique J. Torrent, Alger, 1897.

Le Dr. Gémy a soigné depuis 1884 environ soixante cas de lèpre dont le diagnostic a été presque toujours vérifié cliniquement et bactérologiquement. Les malades qui vivent pour les deux tiers à Alger et le reste

dans diverses villes plus ou moins importantes, se répartissent par nationalité de la manière suivante:

Espagnols	24	soit 31 Européens.
Français	4	
Italiens	2	
Maltais	1	
Israélites algériens	8	soit 27 Indigènes.
Musulmans	19	

Le diagnostic n'a pas été confirmé chez les Français et les Italiens: les Espagnols apportaient la lèpre de leur pays natal; le Maltais avait contracté la maladie au contact des Espagnols. Les Musulmans atteints étaient non seulement des Kabyles, mais aussi de vrais Arabes d'Alger, de Constantine, de Biskra et du Sahara: ils ne pouvaient fournir aucun renseignement sur l'origine de leur affection et sur le mode de contagion. D'ailleurs, malgré la misère des populations indigènes, il semble que la lèpre soit peu contagieuse et fort rare chez elles.

Il en est tout autrement pour les Juifs et les Espagnols: le Dr. Gémy connait 8 lépreux sur les 8000 Juifs indigènes, habitant Alger, mais il admet que la prophylaxie est très difficile actuellement parce que les malades se soustraient aux examens et ne tiennent pas compte des règles d'hygiène. Quant aux lépreux espagnols, ils viennent des provinces d'Alicante et de Valence où le Dr. Zuriaga a signalé en 1888 un vaste foyer de lèpre. Dr. FAIDHERBE.

Nous lisons dans le *Medical Record* du 21 mai 1898 un article concernant le Dr. Carlos Finlay qui avait disparu de la Havane. Notre confrère dit:

»Dr. Finlay is well known for his studies in yellow fever, and was, we believe, the first to promulgate the theory that this disease is spread through the agency of insects, and especially of mosquitoes. He also employed mosquitoes as a means of inducing a mild attack of the fever, and so effecting immunity with a minimum of risk to the unacclimated."

Dans le même journal, à la date du 2 juillet, nous trouvons encore la note suivante:

»Koch's alleged discovery regarding malaria. — Professor Koch has returned to Berlin, and the papers are full of his wonderful discovery that Texas fever among cattle is spread through the agency of ticks and of his acute deduction therefrom that mosquitoes are the inoculators of malaria in man. It seems hardly credible that this aged theory can be put forth as the original discovery of a German bacteriologist in the year of our Lord 1898, but reports of his claim seem to be well founded".

Nous approuvons entièrement ce journal de vouloir réserver à celui qui y a droit, la gloire de la découverte, relative à la transmission des maladies infectieuses par les moustiques.

Nous ne croyons point cependant que le professeur Koch ait envie ou besoin de s'emparer d'honneurs qui ne lui appartiennent pas. Au reste, une fois posée la question de savoir qui peut revendiquer le droit le plus grand à cette découverte de la transmission des maladies par les moustiques ou par les insectes en général, il est juste de reconnaître qu' un nom prime tous les autres. C'est celui de Patrick Manson qui a fourni des preuves évidentes de ce fait, en même temps qu'il a modifié la description

et établi l'étiologie de bon nombre de maladies des pays chauds. (Voir les »*Tropical Diseases*" que cet auteur vient de publier (pg. 80). Ce travail nous semble un chef d'oeuvre).

Nous tenons à insister sur ce fait, car il nous semble qu'en Europe, comme en Amérique, on oublie trop les mérites de Manson, relativement à l'intervention des moustiques. Il nous semble que M. Joly lui-même, dans sa thèse sur »*Les Insectes dans la transmission des Maladies*", n'a pas assez mis en relief le nom de Manson. Trop souvent même on se contente de noter que cette théorie est populaire ou fort ancienne, sans rien spécifier de plus. Cependant cette constatation ne peut diminuer la valeur des recherches de Manson, pas plus que la gloire de Jenner ne se trouve amoindrie par ce fait que la pratique de la vaccination était d'expérience populaire et comme de temps immémorial.

»The Journal of tropical medicine" est le nom d'un journal mensuel qui vient d'être publié à Londres (John Bale Sons & Danielsson). Mrs. les docteurs James Cantlie et W. J. Simpson se chargent de la rédaction. Nos lecteurs en recevront l'analyse.

E. Roux *et* A. Borrel. *Nouvelles Recherches sur le Tétanos, in Annales de l'Institut Pasteur, Avril* 1898.

Le sérum antitétanique, obtenu jusqu' ici, exerçait une action préventive extrêmement puissante, comme l'ont montré les applications déjà nombreuses, faites sur le cheval et même sur l'homme; son action curative au contraire était nulle ou peu s'en faut. Les nouvelles recherches ont montré que la toxine tétanique a une affinité particulière pour la cellule nerveuse; d'où la conclusion s'impose que l'antitoxine doit, non pas être injectée dans le sang des malades, mais bien dans les centres nerveux eux-mêmes.

Les expériences, faites par M.M. Roux et Borrel sur des cobayes, ont montré qu' une dose de sérum, introduite dans le cerveau, sauve un sujet, tandis qu' une dose quadruple, inoculée sous la peau, reste inefficace chez un autre animal de même poids. Le sérum ne fait qu' enrayer le développement du mal en protégeant les centres nerveux contre l'envahissement ultérieur: il ne peut rien sur les centres déjà envahis et, s'il existe des contractures au moment de l'inoculation, ces contractures persistent. Du reste si le traitement est employé trop tardivement, si les parties supérieures de la moelle sont déjà atteintes, le sérum reste absolument inefficace.

D'après le *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, année 1898, page 403, M. Quèsne a traité un malade, atteint de tétanos grave, en lui injectant le sérum dans le cerveau et le résultat a été des plus heureux.

Les recherches de Roux et Borrel ont d'ailleurs montré que l'efficacité plus ou moins grande des sérums, comme l'activité des médicaments ou des poisons, suivant leur mode d'emploi et leur lieu d'application, était une loi générale de la thérapeutique. N'est-il point légitime de penser aussi que le mode d'introduction dans l'organisme des germes morbides pourrait être aussi une cause du plus ou moins de gravité des maladies infectieuses?

Dr. Faidherbe.

La Situation Sanitaire (eaux potables et dysenterie) au Sénégal (Progrès Médical, juin 1898.)

La dysenterie régne en maitresse au Sénégal, grâce à la consommation habituelle de l'eau du fleuve du Sénégal qui, peu valable déjà, est encore souillée par les déjections des indigènes. Ceux-ci y puisent l'eau, nécessaire à leurs usages quotidiens, en même temps qu'ils y rejettent le superflu de leur vie domestique. Le courant ne peut enlever assez rapidement ces immondices qui forment le long des berges des couches infectes. On défend aux Européens l'emploi de l'eau du Sénégal pour l'alimentation, le lavage du linge et des ustensiles de ménage.

La question de l'eau potable à été traitée d'une manière absurde; la prise se trouve à Makhna, point situé sur le fleuve à 13 k. en amont de Saint Louis; l'eau relativement bonne, mais limoneuse, à l'époque des crues, devient vaseuse et gâtée par des matières fermentescibles; lors des basses eaux, on employe alors le contenu des réservoirs, des citernes, ou de l'eau minérale, amenée de France; les administrations publiques envoyent des chalands faire des provisions en un point du Sénégal où les marigots ne dévasent point leurs eaux.

Pour remédier à cette situation, on résolut d'aller chercher l'eau à Thiogar, à quatre-vingts kilomètres de St. Louis; mais, par suite d'un mauvais emploi des fonds, on ne put aller que jusqu'-à trente kilomètres de la capitale. Il faudra sans doute une nouvelle entreprise, mieux comprise et mieux conduite, pour assurer à St. Louis l'eau potable indispensable à sa salubruté. FAIDHERBE.

Le „Baldeo" traitement de la fièvre jaune. Pena y Buelta de Trinidad, Cüba, annonce qu'il a guéri trente-trois malades sur quarante-quatre cas sévères par la méthode suivante. Un seau (Calde) d'eau tiède est placé auprès du lit, avec un kilogramme de sulfate de soude, une cuiller à soupe et un verre à bière. Trois cuillerées du sulfate dissoutes dans le verre rempli d'eau tiède sont servies au malade. Puis à un intervalle d'une ou deux minutes, il boit l'un après l'autre, des verres contenant chacun une cuillerée du sulfate, jusqu'à ce qu'il ait consommé dix cuillerées et que des vomissements copieux aient été produits. En même temps une compression mécanique est exercée sur le foie et la vésicule biliaire pendant les efforts de vomissement.

Un quart d'heure après, répétez le procédé quand le vomissement à cessé. Donnez ensuite, une demi-heure après le dernier vomissement un demi-verre d'eau, non tiède; cette eau doit contenir une cuillerée de sulfate. Quinze minutes plus tard offrez un verre semblable. Si le vomissement se produit, répétez le traitement à intervalles égaux jusqu'à ce que le vomissement ait cessé. Ceci cause une purgation des intestins. Six heures après le premier essai recommencez. Continuez de cette manière jusqu'a ce que la fièvre ait disparu. Ne faites usage d'aucun autre médicament et ne permettez comme aliment ou boisson que de l'eau. Ce traitement, commencé dans les quatre premiers jours de la maladie aura pour effet une guérison parfaite et il guérira plusieurs malades même dans une période postérieure. Trois ou quatre répétitions sont suffisantes. Les yeux perdent leur éclat excessif et la peau devient fraîche à la main; le malade est guéri. S..l.

(El Monita Medico, No. 245.)

Pour prévenir un retour de la fièvre jaune dans le Sud. Les avis suivants signés par les Drs. J. H. White de l'hôpital de la marine; William Gorenflo du Biloxi-comité de santé, et par Mr. W. F. Bolta, officier de santé du Harrison county, Miss., ont été publiés et envoyés à tous les résidents d'Harrison county:

1o. Ouvrez à l'air frais et au soleil chaque maison à chaque jour froid, non seulement une fois, mais à chaque jour qu'il fait froid dès aujourd'hui jusqu'à Mars.

2o. Suspendez au dehors tous les matelas, oreillers, dessus lits en coton, couvertures, et habits.

3o. Déballez et suspendez au dehors toute sorte d'habits, de laine et de coton, qui ont été emballés dans des tiroirs, coffres ou boîtes.

4o. Remettez au service de la désinfection tous les matelas, oreillers, dessus lits etc. dont on a fait usage dans l'infirmerie ou au dehors pour quelque sorte de fièvre que ce soit pendant l'été dernier et la dernière période de la maladie.

5o. Enfin, les matelas, oreillers, et dessus lits doivent être désinfectés au moyen de la vapeur; les autres objets par le gaz de formaldehyde et en aucun cas rien ne peut être anéanti. S'il est nécessaire de brûler un matelas très infecté, le gouvernement complacera le matelas par un autre tout à fait de la même qualité. Aucun embarras et aucune perte n'arriveront à personne. S..l.

Le Microbe de la fièvre jaune. (Médical Record 29/1-'98). A une assemblée de la Société médicale de New-Orleans, tenue le 22 Janvier, le Dr. Paul E. Archinard, bactériologiste du comité de santé de Louisiana State, a rendu compte de ses investigations durant la récente épidémie de fièvre jaune. Les expériences étaient conduites par le Dr. Archinard, assisté par les Drs. R. S. Woodson de la John's Hopkins university et John J. Archinard. L'orateur annonce que, dans une grande proportion des cas examinés, ils avaient trouvé le germe découvert par Sanarelli. Ils avaient aussi appliqué avec succès la méthode de Widal à la fièvre-jaune. Au moyen de cet essai, pratiqué dans des cas de dengue, ils trouvaient que parfois la dengue et la fièvre jaune se produisaient simultanément chez le même individu. S..l.

Les fourmis et la peste. Les observations faites à Hong-Kong et à Bombay ont montré le rôle des rats, des pigeons et des mouches dans la diffusion de la peste. La *Médecine moderne* emprunte à un correspondant du *Times* les remarques suivantes qui semblent indiquer que les fourmis elles-mêmes peuvent être un agent de propagation du bacille. Le correspondant du *Times* possédait, dans son cabinet de travail, à Bombay, un nid de petites fourmis rouges; lorsque la peste se révéla aux abords de la maison par une mortalité extraordinaire des rats, on put observer que les fourmis abandonnant la fourmilière où elles étaient établies, transportaient leur domicile à environ 3 mètres plus loin: on remarqua que beaucoup de ces hymenoptères, morts ou mourants, étaient emportés par leurs compagnes à une certaine distance de la nouvelle demeure; en outre, beaucoup de grains de riz étaient extraits des magasins de la communauté et rejetés au dehors comme impropres à la consommation;

les fourmis qui avaient porté ces grains, succombaient les premières. La mortalité continuant à sévir sur la fourmilière, un second puis un troisième déménagement furent effectués; mais un accident ayant bouleversé la demeure des fourmis, les observations ne purent être continuées. Toutefois, un bactériologiste de Bombay, ayant pu se procurer quelques uns de ces insectes, se propose d'y rechercher le bacille de la peste. B.

Diagnostic différentiel entre la »Dengue" et la »Fièvre Jaune". (Epidémie de 1897 au Texas). Medical Record, Juin 18, 1898. N. York Med. Journal 16 Juli.

M. le Dr. H. A. West, de Galveston, (Texas) dit qu'il s'agissait dans cette épidémie de la dengue et non de la fièvre jaune. Il y eut des cas d'anomalie de dengue présentant tous les symptômes de la fièvre jaune mais en différant par la localisation des foyers et la faible mortalité. La fièvre jaune fit son apparition pendant une épidémie intense de dengue dans les Etats, Galveston, Houston et probablement aussi dans d'autres endroits; mais elle eut cette fois une forme légère la rapprochant de la dengue et la faisant ainsi méconnaitre; d'où l'on a conclu que l'épidémie de 1897 au Texas était uniquement de la fièvre jaune. Quelques cas se terminèrent par la mort; d'autres ayant présenté de la jaunisse et de l'albuminurie furent appelés jaunisses infectieuses aigues (maladie de Weil). Il ressort de cette étude que ce qui permet de différencier les deux maladies c'est que l'on rencontre dans la fièvre jaune, l'albuminurie, le facies typique à taches jaunes, les troubles du pouls et de la température, l'irritabilité excessive de l'estomac et une disposition allant sans cesse augmentant pour les hémorrhagies. L'absence de tels symptômes, une éruption dans le plus grand nombre des cas, le manque de décès, caractérisent au contraire la dengue. En admettant même certaines ressemblances, a cette question »comment ces deux maladies sont elles et peuvent elles être différentiées?" M. le Dr. West pense que c'est surtout par le symptôme complexe d'une néphrite aigue grave dans la fièvre jaune et son absence dans la dengue qu'on peut les diagnostiquer. Dr. Millot-Carpentier.

Contre la dysentérie tropicale. Les remèdes principaux contre la dysentérie, ce fleau des pays chauds ont tous leurs adeptes. On préconise l'ipecacuanha, à côté du calomel, le simaruba, les fruits de myrabolan, le thérébinth, comme les sels de bismuth, le salol, la naphthaline comme aussi les entéroclyses, les narcotiques locaux, les astringents et les antiseptiques etc. etc. Beaucoup de médecins anglais ou français aiment le sulfate de magnesium. Le surgeon capt. Chas à Johnston dans l'Indian Lancet 16 Mai 98 recommande ce sel se référant au Dr. Wyatt Smith, qui nomme l'ipecacuanha »useless" dans la dysentérie. Le Dr. Johnston met le malade à la diète de lait pure, et lui donne deux ℥ de sulfate de magnesium tous les quatre heures. Il y ajoute de l'ac. sulfur. aromatique V dr. pour établir le flux de la bile. Si les selles indiquent la présence de la bile la mixture est supprimée et un quart ou la moitié d'une noix de galle avec de l'eau est appliqué. Après deux ou trois jours la dysentérie a disparu.

Dans la liste des remèdes spécifiques en pratique le chloride d'ammonium est placé par le Dr. Attygalle (Indian Lancet), qui avait adopté avec un bon succès le traitement par le sulfate de magnèse.

Le Dr. A. administre le chloride d'ammonium à la dose d'une drachme toutes les quatre heures. Le malade est alimenté uniquement avec du lait ou de l'arrowroot. Après trois ou quatre jours le sang a disparu des selles. Rarement il faut recourir a une autre médication. Le remède le plus récemment appliqué est peut-être la tinture de Monsonia. J. Maberly a appliqué la drogue (Monsonia ovata et Burkei) appartenantes aux Geraniacées de l'Afrique du sud depuis quelques années dans le Transvaal. La plante possède une action astringente, due au tannin. Pourtant cette action serait trop legère et on attribue les qualités médicamenteuses à une action spécifique dans la noue de la dysentérie.

Les Insectes dans la transmission des maladies contagieuses. Mr. le Dr. P. R. Joly, dans sa thèse inaugurale soutenue à la faculté de Bordeaux nous montre le role important que jouent les insectes dans la propagation des maladies. Les mouches vulgaires peuvent mécaniquement et passivement transporter certains germes qui se développent quand ils trouvent une porte d'entrée favorable. Il en est ainsi pour le charbon, l'ophtalmie d'Egypte, le bouton de Biskra, le pian, la morve etc. On trouve sur les pattes de mouches quantités de germes, streptothrix, staphylocoques etc.

Des mouches vulgaires absorbent les bacilles de la tuberculose, peuvent verser leurs ordures pathogènes sur les aliments ou tombent elles-mêmes dans les boissons ou les mets préparés culinairement. Dans les poussières se trouvent les restes pulverulents de mouches mortes après avoir ingéré et transporté des germes infectieux; les microbes resistent pour la plupart à la dessication des cadavres de mouches.

Mr. Yersin a constaté que des mouches mortes dans son laboratoire contenaient le bacille de la peste et pouvaient aller facilement infecter l'eau des boissons.

La filaire du sang dont les embryons envahissent les capillaires sanguins, est puisée directement dans la circulation par les moustiques; elle subit différentes transformations dans le corps de ces animaux qui vont ensuite pondre et mourir sur l'eau. En absorbant celle-ci on fait passer dans le torrent circulatoire les germes de la terrible maladie qui donnera naissance a l'hémato-chylurie, à l'hématurie, à l'éléphantiasis des Arabes, peut-être au craw-craw et à la maladie du sommeil voire même à la malaria et à la fièvre jaune. Qui ne connait encore l'inflammation cutanée produit par la puce, la simulié etc. Les punaisses d'après le Dr. Joly ne semblent pas susceptibles d'inoculer la tuberculose; mais elles peuvent comme agents passifs transporter les microorganismes.

La destruction de tous les insectes s'impose donc; le formol sous toutes formes parait être l'agent le plus pratique pour obtenir ce résultat. (voir pg. 97.)

M. C.

La rage aux Indes. Les comptes-rendus des deux premières années de l'institut Pasteur (Gen. Tijdschr. v. N. I. XXXVIII, 34 et 38) à Batavia nous apprennent que la rage est plus commune aux Indes, que l'on ne croyait. En 1895 on a traité à l'institut 101 malades, dont un seul a succombé en Octobre à une forme trés modifiée de la rage (selon le rapport du Doctor-djawa Klentar). En 1896 on a traité 230 malades,

parmi lesquels trois sont morts: l'un pendant le traitement et les deux autres peu de temps après. En 1897 (Gen. Tijdschr. v. N. I. XXXVIII, 136) il y avait 294 malades, parmi les quels 3,2 $^0/_0$ succomberent.

V. D. B.

Est ce que la théorie de Schenk serait aussi »vieux jeu" ? M. STEPHANIDES a communiqué à la Revue Scientifique (16 Juillet '98) que suivant Strabon les philosophes et les médecins Garmanes de l'Inde pouvaient obtenir que les femmes accouchassent »à discrétion" ou de garçons ou de filles, et cela au moyen d'un traitement basé plutôt sur la diète que sur les remèdes.

Τοὺς δὲ Γαρμᾶνας... δύνασθαι δὲ καὶ πολυγόνους ποιεῖν καὶ ἀρρενογόνους καὶ θηλυγόνους διὰ φαρμακευτικῆς τὴν δὲ ἰατρείαν διὰ σιτίων τὸ πλέον, οὐ διὰ φαρμάκων 'επιτελεῖσθαι. "(IE'. 713.)

C'est bien dommage que Strabon ne semble pouvoir expliquer, si ces philosophes se servaient ou non du sucre dans leurs préscriptions.

Les filles médecins dansantes aux Philippines, in Journal d'Hygiène, 28 avril 1898.

La *Cronica de Ciencias Medicas de Filipinas* nous apprend qu'il existe dans les îles Visayas de nombreuses jeunes filles indigènes qui pratiquent la médecine, comme le fait le Shamane (Medicinmann) des Peaux-Rouges. Lorsqu'on invoque leur assistance, elles se présentent, coiffées d'une perruque jaune et d'un diadème, et munies d'un éventail de paille et d'un bâton dont elles touchent le siège du mal, en même temps qu'elles agitent leur éventail pour chasser le *mauvais vent*, cause de la maladie. Elles ordonnent ensuite de tuer un cochon dont le sang sert à frictionner le malade pendant qu'elles se livrent à des grimaces effrayantes: la chair est ensuite distribuée aux assistants, mais en réservant la plus grande part à la danseuse. La cérémonie se répète chaque jour jusqu'à la mort du malade ou à l'épuisement de ses provisions.

La suggestion, produite par l'extérieur effrayable de l'homme-médecin des Peaux-Rouges, revêtu de son terrible appareil doctoral — masque à tête d'ours; larges habits, peints de figures grotesques ou effrayantes, sur lesquels est attachée une collection de petits animaux, et surtout de reptiles, suffisante pour faire l'orgueil d'une officine médicale du moyen-âge — nous semble plus efficace que l'apparition d'une jeune fille qui fait la moue. Malheureusement la statistique des guérisons, obtenues par les femmes-médecins, qui peuvent être fort gentilles, nous fait totalement défaut.

Les indigènes de l'île de Luçon traitent les affections douloureuses en décrivant une couronne de pointes de feu autour du siège du mal. Le bâton qui sert à les produire, provient de l'Ophelia chirata L. On fait souvent une centaine de brûlures à l'enfant, atteint de convulsions. Notre chirurgie tient du reste aussi cette pratique en grand honneur, — quae medicamenta non sanant, ignis sanat —.

FAIDHERBE.

Comment tuer les insectes, propagateurs des maladies. Suivant la foi générale exprimée partout dans l'histoire médicale comme dans les traditions, il existe des rapports entre les mouches et la dissémination des maladies considérées comme infectieuses ou non. En Hollande le peuple disait: »een vliegenjaar een ziekenjaar" (beaucoup de mouches, beaucoup de malades). Les observations et les preuves évidentes de Patrick Manson du rôle des

insectes comme agents propagateurs des maladies, récemment appuyées par Koch pour ce qui concerne l'impaludisme, ont apporté le plus puissant soutien à ces idées déjà anciennes.

Récemment »The Public Health Journal" communique un moyen efficace de détruire ces ennemis de l'homme. Ce Journal, toujours pratique nous rappelle que l'insecte dans toutes ses phases est tué immediatement par des quantités presqu' inperceptibles de permangate de potasse. Une partie de ce sel dissoute dans 1500 parts de liquide des marais, ou se développent les mousquites arrête le développement des larvae de l'insecte, qui en $2^1/_2$ heures accomplit le cours de son existence depuis le début — un petit point — jusqu' à sa maturité trop active et vénimeuse. Une poignée de permanganate de potasse peut oxyder un marais de 10 acres, tuer les embryons et délivrer l'homme durant 30 jours du danger de matières organiques; tout cela pour une dépense d'environ un franc. C'est une méthode assez efficace de disseminer un peu de cristaux par ci par là. Cela serait encore plus facile que la méthode de les attaquer par du pétrole, jeté dans un petit marais, berceau de ces insectes.

Contre les punaises (Lyon médical 10 avril) on préconise l'acide acétique injecté avec une syrinque de verre dans toutes les ouvertures ou elles se trouvent. Une goutte de cet acide doit détruire tout un nid de ces petits animaux si généralement détestés.

Le Public Health Journal trouve les punaises bien difficiles à détruire. La Kerosène s'est montrée bien utile, étant bon marché, innocent et bien efficace. Si l'on fait macérer un peut de rouge d'alkanet dans la benzine ou kerosene, on obtient un liquide, qu'on peut parfumer p. e. avec de l'huile de cassia.

Le sublimé, dans une solution aqueuse, qu'on applique souvent est sans valeur. Les compositions avec un désinfectant de l'huile sont bien plus efficaces; elles penètrent dans les cavités des murailles ou planchers, se fixent aux insectes et les tuent à la fois.

On obtient un liqueur pour empoisonner les insectes de ce genre si l'on mêle du camphre à une solution d'acide phénique bien forte. Le liquide obtenu s'introduit dans les trous habités des insectes au moyen de petites seringues dans toutes ouvertures suspectes. Des combinaisons de camphre et de thérébinthe sont aussi très utiles dans ce but.

Si l'on est mordu on fait généralement usage de bains ou de lotions avec des antiseptiques comme l'acide phénique. Suivant »Paediatrics", Juin aussi l'ichthyol pur, appliqué avec une petite brosse ou au moyen d'un emplâtre de gettah pertjah de 10 $^0/_0$, serait bien à recommander.

"*PLAGUE*". Is the brief but telling title of an address to an open meeting of the Medico-Chirurgical Society of Glasgow University which appears in the "*Scottish Medical and Surgical Journal.*" The author Brigade Surgeon Lieut.-Colonel James Arnott, M.D., commences his address by a reference to the scriptural account of the destruction of the Philistines of Gath who had "*emerods*" in their secret parts. He concludes that emerods should be translated "glandular swellings". On referring to the Oxford dictionary and Skeats Etymological dictionary we get the derivation from the Latin "*humorroides*" from the Greek "αιορροιδες".

The question is, however, not of much importance in connection with

the subject of the addres at present and may be dismissed to the province of the philologist.

He gives a brief summary of the earlier epidemics of the plague in England during the middle ages and refers to the descriptions of the plague by Defoe, Boccaccio and Manzoni; but we find no mention of the account of Langland and Bullein, whose marvellous pictures of the plague might be copied as clinical sketches to day; to the former we are indebted for the name the "Poor Man's Plague".

Dr. Arnott inclines to the view that the plague travels to India from China, although at some shrines in India; notably Kumaon and Gharwal, near Hurdwar, "a holy place to which Hindus go in great numbers as "pilgrims". This view corresponds closely with the account of the "Black Death" in 1348, of which Dr. Creighton writes: "The Black Death is first "heard of in the Crimea, at the seige of a small Genoese fort on the "Straits of Kertch. The fort was a trading place of the Italian merchants "engaged in the over land China trade by a northern route which left "China close to the Great wall and had its European terminus on the "Volga and the Caspian, the Donand and the Euxine. According to the rumour "of the time, the Black Death arose in China from the putrifaction of in-"umerable unburied corpses; and it is known that the natural calamities "of China — floods, dronghts, and earthquakes, attended by famines and "by an immense lass of life — were frequent throughout a whole gene-"ration preceeding". Bullein's writing is so quaint, clear and withal so little known that I copy some of it so that the reader may compare it with the excellent picture of the epidemic by Dr. Arnott. Speaking to Antonius he says: "Forget not to keepe the chamber and clothying cleane, "no Privies at hand, a softe fire with perfumes in the mornyng. Shifte "the lodging often time, and close in the South easte windowes, specially "in the time of mistes, cloudes, and windes; And use to smell upon some "pleasaunt perfume, and to be letten bloud a little at once, and to take "Pilles, *contra pestem*: that is a good pils curative against the plague".

And then as remedies Bullein adds "A commyng for the like a *Bubos* "are signs of those parts from which they doe swel; as example, in the "left side, head, neck, flancks, etc. But often tymes the Plague sore well "not appere; the very cause is this; Nature is weake, and the poyson of "the infection to strong that it cannot be expelled, and this is most perilous "of all, when such a cruell conquerour doth raigne within the harte, the "principall part of life, nowe possessed with death".

The unsanitary condition of Bombay comes in for deserved censure from the author: "Over crowding is a great evil in Bombay, and is practically "unchecked, as there are no building laws strong enough. It exceeds the "worst parts of the worst towns in the United Kingdom, and the houses "have grave sanitary defects. I have seen rooms occupied and over crowded, "which had no window or means of ventilation except the door, and so "dark that at noon one required a light. Some of the houses are im-"mense, and have as many as 116 rooms and 500 inbabitants . . . . such "then is Bombay a populous city within the tropies, crowded with people "of many nationalities, religions, and castes, well supplied with good water "and good food, finely placed and surrounded on three sides by the sea, "and with an equitable, if some what, enervating climate, but with an

"imperfect conservancy and sewage system, with the poor shamefully "overcrowded in insanitary buildings, the evils of which however are some "what lessened by the climate, which encourages the people to live much "out of doors, and with open windows".

This overcrowding is almost directly traceable to the "haste to be rich" which marked the introduction of cotton weaving by steam machinery into the city. Huge tenament houses were built in blocks close together and then they were crowded with the cotton weavers. No consideration given to cleanliness, light, decency, or education. Wealthy merchants who controulled the city built these teniment houses and filled — aye over crowded — them with their workers. The blow (πληγή) fell — time was given for repentence but the condition of the poor remained unchanged, dirt, filt, darkness, impure air, did their work. All this could have been prevented had the Government taken proper action, and at the risk of offeading the wealthy condemned the insanitary houses and required working men's dwelling to be built of a sanitary kind.

There is no excuse for the neglect. A similar neglect almost produced a plague in England in the beginning of the present centuary; when the introduction of steam machinery caused an enormous increase in the out put of cotton goods. From the country districts workers came from agricultural employment to become "mill-hands": "In stench, in heated rooms, "amid the constant whirling of a thousand wheels, little fingers and little "feet were kept in ceaseless action. . . . . They slept by turns and in relays, "in filthy beds which were never cool. . . . . There was no discrimination "of sexes; and disease, misery and vice grew as in a hot bed of contagion". Parliament took notice of the evils that wealthy mill owners were perpetuating, in 1802, an Act was passed. "For the preservation of the health "and morals of apprentices and others employed in cotton and other mills". Act followed act until the evil was suppressed. A somewhat similar interference with the capatilist in Bombay has become necessary.

There is no record of any person sick of the plague arriving in Bombay previous to August 1896. Among the first cases in August were two Multanis, who, four days before, falling sick, had returned from a pilgrimage to Nassick. The invasion of Bombay by plague was similar to what is recorded of other places. A slow gradual growth of the epidemic for several months, then a very great mortality for about three months, and then a gradual subsidence. In the mortality returns from August 4th 1896, to May 25th, 1897, it will be seen that although the first cases were seen in August it was not till December that the death-rate became alarming, and during the whole of October it was stationary. In December the death-rate was doubled, in January and February it was trebled, although by this time the flight of the inhabitants had diminished the population by about one-half. From the middle of February the death-rate rapidly declined.

Total weekly mortality of Bombay City.

For week ending	Total deaths, including still-born. 1897.	Mean of corresponding weeks in preceding 5 years.	Plague mortality in 1897.
August 4th . . .	564	564	...
„ 11th . . .	598	534	64
„ 18th . . .	650	538	12
„ 25th . . .	669	581	88
Sept. 1st . . .	667	540	127
„ 8th . . .	593	531	62
„ 15th . . .	618	492	126
„ 22nd . . .	647	506	141
„ 29th . . .	720	527	193
October 6th . . .	791	491	300
„ 13th . . .	634	498	136
„ 20th . . .	606	477	129
„ 27th . . .	698	470	228
Nov. 3rd . . .	668	443	225
„ 12th . . .	623	449	174
„ 17th . . .	704	462	242
„ 24th . . .	760	446	314
Dec. 1st . . .	772	457	315
„ 8th . . .	1,051	460	591
„ 15th . . .	1,310	470	840
„ 22nb . . .	1,416	470	946
„ 29th . . .	1,853	469	1,384
January 5th . . .	1,711	494	1,217
„ 12th . . .	1,638	484	1,154
„ 19th . . .	1,758	501	1,257
„ 26th . . .	1,721	518	1,203
Feb. 2nd . . .	1,645	526	1,119
„ 9th . . .	1,911	540	1,371
„ 16th . . .	1,728	569	1,159
„ 23rd . . .	1,650	542	1,108
March 2nd . . .	1,484	...	938
„ 9th . . .	1,326	...	782
„ 16th . . .	1,258	...	724
„ 23rd . . .	1,139	...	609
„ 30th . . .	1,141	...	597
April 6th . . .	1,007	...	448
„ 13th . . .	970	...	398
„ 20th . . .	836	...	222
„ 27th . . .	671	...	195
May 4th . . .	638	...	144
„ 11th . . .	558	...	98
„ 18th . . .	547	...	67
„ 25th . . .	541	...	56
Total to May 25th.	43,490	...	21,494

And the author rightly observes that the plague spreads not only thrcugh a town, but all over a country; it has spread over the whole of the Bombay Residency, and is now severely epidemic in Surat, Poona, and Sholapore. And he adds "there is this consolation that however it may vary

"in duration, plague ceases at last whether it be by gradual attenuation "of the microbe, or by having attacked every one susceptable to the "disease and, wide spread though it is in India, it will in the end die out."

But prior to that death from want of material to feed on what a deadful death roll will be filled. In England the Black Death 1348—49 carried off one half the population of London. Bodmin and Leicester lost an equal percentage of their inhabitants, Norwich was reduced, by the same cause, from being the second city in the Kingdom to the sixth place. "The "whole of England, town and country a like, had probably lost from one-"third to one-half of its inhabitants."

The clinical classification of the cases adopted by Dr. Arnott is as follows:

I. Mild cases with bubo.
II. Severe cases with bubo.
III. Pneumonic plague without or with bubo.
IV. Abdominal plague resembling typhoid.

There are also mild cases — ambulant plague — which seldom comes under treatment, but may spread the disease.

Sudden attacks were the rule in the Bombay epidemic, and you find the same in nearly all descriptions of the plague, no matter where occurring. The most marked initial symptoms are *a rigor*, *severe headache*, *and perhaps giddiness*, *vomiting*, fever, and bubo; these are present in most cases, and occur suddenly, the patient previously having appeared quite well. In a very short time, a few hours, the patient is obviously very dangerously ill, and comes under medical observation with the following symptoms: — The tongue moist, furred, often a white and silvery fur, edges and tip may be clean, and this state of tongue may last throughout, later, as in most fatal diseases when the patient lies insensible with his mouth open, the tongue may be brown and dry, but a brown and dry tongue is not a characteristic of plague. The pulse usually much accelerated and soft and weak. The expression dull and oppressed, often anxious, and indicative of serious illness. The eyes heavy and often red and congested. The skin may be flushed with fever, but in later stages and in the worst cases in Europeans it is of an earthy or leaden colour. The skin hot and the temperature high 103°, 104° or 105°, and often up to 106°.

General pain may be complained of, and in some cases lumbar or back pain, which may be due to implication of the glands in the abdomen.

A very early symptom is pain in a lymphatic gland, most frequently a femoral gland. This is generally on the day of onset of the illness, but may be delayed to the second or third day, and in rare cases is later, even as late as the ninth day. This bubo is the most characteristic symptom of plague.

The glands most frequently affected are those on the front of the thigh in Scarpa's triangle, but they may be in the groin, or in other regions, as in the axilla and neck. There was an impression that the glands of the left thigh are more frequently affected than those of the right, but statistics do not confirm this.

Table showing relative frequency of glands affected, from Russell's account of plague in Aleppo:

	Inguinal.	Axillary.	Parotid.	Carbuncles.	Spurious Buboes.
Men. . .	835	206	58	194	23
Women .	641	180	57	150	24
Children .	365	183	116	146	27
	1841	569	231	490	74

	Simple.			Complex.		
	Right.	Left.	Both.	Right.	Left.	Both.
Men. . .	355	251	85	73	47	24
Women .	242	220	61	49	49	20
Children .	132	118	29	39	34	13
	729	589	175	161	130	57

The attitude of a plague patient is often characteristic a crouching attitude, the patient lying on the side with the legs and thighs flexed, the head bent forward, and the arms perhaps crossed on the chest.

The eyes are often congested, and the red conjunctiva with other symptoms is very characteristic. As later symptoms there may be keratitis and hypopium.

Although the temperature charts are not so characteristic as in some diseases there are some points which attract notice. The initial fever is usually sudden and severe, the temperature rising to 103°, 104°, or 105°.

In a few days, on the second or third or fourth day, seldom later and usually about the third or fourth day, there is a fall of temperature it may be to nearly normal. This is accompanied by improvement in the general condition of the patient, and if buboes are not present it may be thought that there has been some mistake and that it is not a case of plague, or if there are buboes and unequivocal signs of plague the improvement may be attributed to successful treatment. But soon the temperature rises again, and in too many cases dangerous symptoms appear. Until we became familiar with it, this fall in temperature led us astray in one or other of the directions I have mentioned, but afterwards we regarded it as a normal range and I called it "the valley". Temperature was not always high at the time of death, but it usually was. Carbuncles described in the old authors are not a common symptom. They are not symptomatic of plague, and are only exceptionally and accidentally present.

Lung complication, such as bronchitis or broncho-pneumonia and pneumonic congestion, appear not more common than in other severe fevers, and their significance is similar. But I except from this statement those cases of plague which are chiefly localised in the lung, and which in Bombay were ordinarily called plague pneumonia or the pneumonic form of plague.

In the recognition of these cases Surgeon-Captain Childe, I.M.S., Professor of Pathology in the Grant Medical College, took a leading part, and this form of plague, clearly made out for the first time in Bombay, was well known to those working in the Bombay hospitals at an early period of the epidemic, and our opinions were subsequently confirmed by the distinguished bacteriologists who were deputed by various foreign Governments to visit Bombay for the purpose of studying plague.

Attention was directed to this form of plague by an observation of the mortality returns, which, when far in excess of the average, did not show

a sufficent number of deaths from plague. Of the typhoid form he writes. "There is yet one other form of plague-that with abdominal symptoms resembling typhoid. These cases are extremely difficult to diagnose, and I am still doubtful of their precise nature-as to whether they are cases of plague only, or cases of mixed infection of plague and typhoid."

The prognosis of plague is always grave. In Orientals the mortality is great, and ranges from 90 % at the beginning of an epidemic to 60 % or 70 % in its later periods.

Of the treatment we read. No remedy was discovered which could be relied on.

Antiseptics, and especially carbolic acid, and iodine, and liq. hydrarg. perchlor., were diligently tried, but without success. I tried liq. chlori, which I thought did well, but in the experience of others it was untrustworthy. Local injections of antiseptics such as iodine and also perchloride were tried but unsuccessfully. And in the end the treatment was symptomatic and stimulating, with the most careful nursing and feeding. He adds:

I am averse to early and active treatment of buboes. I did not see any benefit from it, and if the bacillus is destroyed by suppuration and wounds are dangerous it is also theoretically objectionable. Soothing applications such as compresses and light poultices and a bandage, and incision where there is fully developed suppuration or slough, are the right procedure.

All excreta and sputa should be carefully disinfected, as should all clothing and bedding, and everything used in the ward.

The plague bacillus of Kitasato is easily destroyed outside the body. It easily succumbs to the action of other microbes so common in situations where it is likely to be deposited, such as latrines, urinals, etc., and therefore is not likely to breed or be preserved there. It also soon dies when exposed to the air, to strong sunshine or when dried, but can be preserved in a moist medium.

Excreted in the saliva, the expectoration, hæmorrhages, urine, fæces, and in the breath, it is obvious how in the dwellings of the poor the clothing, bedding, scanty furniture, floors and walls may become infected, and how in damp ill-ventilated rooms the infection may be preserved for a long time. So also urinals and latrines and cesspools may be infected and the ground around houses where natives are in the habit of urinating and children defecating.

Though laboratory experiments apparently show the microbes of plague to be easily destroyed, there is no question that in man, and his house and effects, the bacillus is tenacious of life and the infection strong and persistent. In no other way can we explain the thoroughness with which it spreads through a town or district and the distances to which it can be carried.

When there is plenty of light and air and good sanitary conditions, plague is only slightly infectious or contagious.

In nearly all epidemics everywhere a great mortality of rats and sometimes of other animals is recorded. One can understand how rats and other vermin infected with plague may spread the disease, but a precise relation of cause and effect between plague in rats and plague in man has not been made out. It is certain there is a close relationship between them, and in Bombay it was proved by post-mortem examination and by

the microscope and bacteriological experiment that the mortality of rats was due to plague. This was so well known that the presence of dead rats in a house was frequently deemed a sufficient reason for vacating it.

There is no evidence of the water supply being an important factor in the spread of plague. And I do not know of any evidence proving infection of the soil, though the way in which plague sticks to a locality suggests this.

In my opinion the evidence all points to man as the carrier and spreader of plague. There may occasionally be infection by fomites, and when plague has been introduced it may be spread by rats, but rats would not account for plague being carried hundreds of miles by rail.

As preventive measures the author recommends the following.

1) Instruction of the people in the nature of the disease and the measures necessary to prevent it.
2) Provision of special hospitals.
3) Detection and report of cases.
4) Isolation and segregation of the sick and infected.
5) Desinfection of houses, clothing, bedding, and other contens of houses.
6) Quarantine.
7) Removal of people from unhealthy or infected houses to huts or camps in open situation.
8) Cleansing operations of various kinds.

Post-mortem examination shows extensive lesions chiefly of the nature of hæmorrhages and petechiæ, the lungs congested and petechial hæmorrhages on the pleura and pericardium; the liver and spleen enlarged and petechial hæmorrhages on their serous coverings, similar hæmorrhages into the mucous membrane of the stomach and small and large intestine and bladder; also ovaries, uterus and pelvis; of kidney and the omentum. On microscopic and bacteriological examination the plague bacillus is found, especially in the spleen. When death is from buboes in the neck there may be œdema of the glottis. In both the preceding forms apparently the bacillus enters by the skin, or in the form with buboes in the neck by the mouth or tonsils. It is interesting to note that Bertrand, in his account of the plague at Marseilles, mentions a belief current in the Levant that it is spread by touch. And White, in describing the plague in Corfu, thought it was absorbed by the skin.

In the third or pneumonic form infection appears to be by direct inhalation into the lungs where the chief lesions are. The conditions of the lung are, as might be expected, a lobular pneumonia, much general congestion, some hepatization, enlargement of bronchial glands, bacilli in large numbers in the lungs and also in the fluid in the air tubes, and in small quantity in the blood, spleen and abdominal organs. The post-mortem reports quoted above illustrate further the pathological lesions found.

The great value of Dr. Arnott's address as a clinical picture of the present epidemic is our excase for so fully examining it and so freely copying his conclusions on the more interesting points in the disease. Taken in connection with Dr. Choksy's Report on Bubonic Plague "and Mr. H. M. Birdwood's paper on the "Plague in Bombay" read before the Society of Arts in last February, it is a welcome addition to the literature of the disease and cannot be without a good influence on the people of

Great Britain stirring them as to fulfil their duties to the poor Indian workers for whose protection they have become responsible. The out come of all this deadful story of plague and pestilence must work for good; the people are ready and willing to remedy a known evil. Dr. Arnott's address vividly paints the sufferings of the pestilence sticken multitude. George Foy.

AFFAIRES MILITAIRES ET HYGIÈNE SPÉCIALE DES PAYS CHAUDS.

(La revue générale des Annales de médecine navale des différents pays sera confiée à un auteur compétent.)

ESPAGNE.

BOLETIN DE MEDICINA NAVALE.

Junio 1898.

INDICE.

FRANCE.

ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE.

Juin. — No. 6.

TABLE DES MATIÈRES.

JUILLET. — No. 1.

ITALIE.

ANNALI DI MEDICINA NAVALE.

GIUGNO 1898.

INDICE.

SCRITTI ORIGINALI.

Rivista sintetica.

RIVISTE.

Patologia esotica.

Patologia e clinica medica.

Neuropathologia; Patologia e clinica chirurgica, oculistica, bibliografia.

TOMAZELLI, La intossicazione e l'infezione malarica, SALINAS, Manuale di farmocologia, IMBRIACO, Le operazioni piu frequenti nella chirurgia di guerra.

Morimenti avvenuti negli ufficiali sanitari dal 16 maggio al 15 giugno 1898.

A. VACCARI, Prontuario dei rimedii nuovi.

Pure Water for the Troops. That filtered drinking water is a great comfort to troops in the field, is a matter without question. But the supplying of it has its difficulties. The Principal Medical Officer to the Forces in India recommends "that water should be supplied from its source either in taps or in covered metal vessels and that resort should then be had to alum (six grains to the gallon) and sedimentation. The water after being treated with alum, should be allowed to stand for twelve hours, when the clear liquid can be drawn off ready for use. Alum has a remarkable purifying action upon water and has also been shown to be very efficacious in the removal of bacteria." He also recommends a Pasteur-Chamberland Filter to be erected at Lahore. In the Pasteur-Chamberland or the Berkefeld filter the pores are so fine that water will pass through them only when considerable pressure is exercised, and the purification is proportioned to the amount of pressure required. But the porous cylinder can be used only by frequent interruptions for cleaning, because an impalpable particulate matter gathers on the outside of the cylinders. Notwithstanding Dr. Charles Smart used one with the First U. S. Cavalry in Oklahoma, and urged, after his experience with it, that such provision should be made for troops in the field. (Surgeon-General's Report for the year ending June 30, 1897, page 160.) Filters with pores so large as to permit a free flow of water are, of course, inefficient. They do not remove the germs of disease.

Surgeon-General Sternberg has, however, combined the use of the fine-grained earthen-ware filter and a large-pored asbestos filter in such a way as to have a free flow of sterilized water. In his Circular (dated May 31, reported by the N. I. Med. Journ. 11. June 1898) he recommends the Berkefeld cylinder and the Maignen asbestos filter. He writes "The pores (of the Berkefeld cylinder) are so small that they exclude or filter out not only all particles which would give a turbidity or cloudiness to the water, but those more minute particles which are the active agents in the production of typhoid fever and other camp diseases. Its pores speedily become choked by a coating of filtered particles. The Maignen asbestos filter has larger pores than the other. The coarser particles which give a cloudiness or turbidity to a water are strained out; but as the germs of disease are not excluded the filtration from the sanitary point of view is not efficient. By straining out the particles which otherwise would choke the Berkefeld filter, it enables the latter to operate as rapidly as itself.

To use the two filters in combination, the bucket or other receptacle containing the unfiltered water and the asbestos filter should be fixed securely at a height of five or six feet from the ground. It has been found that

asbestos filtered water can be rendered sterile by the Berkefeld apparatus at the rate of about five gallons in twelve minutes. To keep the cylinder in perfect condition, it should be sterilized (by boiling in water) every fourth day. The cylinder is liable to become cracked and useless by sudden changes of temperature." — I belivee, it is not necessary to assure that water purified in this way is more sure to prevent infection than boiled water or weak coffee or tea, with which the old soldiers filled their canteens. The *Scientific American* (for Juli 2d), however, calls attention to the great value of cold tea flavored with a few drops of lemon juice. This Journal cites Sir John Hall, K. C. B., on the Kaffir war of 1852, in which a march of a thousand miles was covered by two hundred men in seventy -one days on cold tea without either wine, spirits, or beer. The experience of Indian officers, and of Lord Wolseley are also quoted, and the example of the Canadian lumbermen is cited. It contains a maximum of thirst-quenching energy in a minimum of space.

TROSSE.

L'organisation médicale à Cuba de l'Armée et de la marine. Juin 25, in: Medical Record. D'après Mr. le Dr. ANGEL DE LARRO CEREZO, chirurgien-général des troupes de Cuba l'organisation du service médical des troupes espagnoles de terre et de mer serait remarquable à tous points de vue. Notre confrère ajoute, que cela n'a jamais existé que sur le papier.

En 1895, dit le directeur de santé on mit en construction des hopitaux dans chaque province de l'île jusqu'à que ceux-ci pussent admettre un nombre de 45.000 patients.

Le plus grand de tous le Royal renferme	5000	lits.
l'Alphonse XIII	3000	»
Manzanillo	3000	»
Beneficienza	2100	»
Santiago	2000	»
Sancti-Spiritus	2000	»
Ciego	1700	»
Cienfuegos	1450	»
Remedios	1400	»
Holguin	1300	»
Mudera	1100	»

et d'autres encore de moindre importance mais tous pourvus des perfectionnements modernes en instruments objets de pansements, laboratoires etc. En outre du corps ordinaire des ambulances, un service régulier et rapide a toujours fonctionné pour l'évacuation des blessés.

La flotte avait à sa disposition trois des meilleurs steamers de la Cie transatlantique espagnole, L'Alicante, le Montserrat et le Sant 'Ignacio Loyola. Ils contenaient chacun 4 grandes salles de 96 lits chacune, 4 petites salles d'isolation et des salles d'opération. L'hygiène était admirablement comprise et tout était moderne dans l'installation, l'électricité etc.

Le rapport constate que le corps médical de Cuba a été cruellement éprouvé les trois dernières années. Les morts de nos confrères de l'armée de terre et de mer a été de 50, les deux tiers ont été victimes de la fièvre jaune.

M. C.

Précautions contre la Malaria. On donne avec raison beaucoup de leçons d'hygiène aux troupes américaines destinées à Cuba. En ce qui concerne l'impaludisme Mr. William T. Hornaday dit suivant le »Med. Record": »J'ai vécu dans les forêts les plus malsaines du monde, au milieu de »marais pestilentiels, j'ai bu de l'eau remplie de miasmes, et j'ai mangé »souvent des aliments mauvais et mal préparés; mais je n'ai jamais eu »qu'une seule attaque de fièvre paludéenne, qui m' a empêché de travailler »pendant 6 ou 7 jours. Je dois ma santé excellente à deux ou trois »précautions. Je n'ai jamais dormi sur la terre nue, ni sous la pluie, »mais toujours protégé par une couverture quelconque. J'ai toujours porté »de la flanelle sur la peau, et je n'ai jamais couché avec des vêtements »humides. Je n'ai jamais negligé de changer de flanelle deux fois par »jour, quelque soit le travail que j'eusse à faire au dehors. En outre, »prenez chaque matin dans une tasse de café 5 ou 6 grains de quinine; »si le café vous manque prenez-la dans l'eau chaude. Il faut aussi avoir »des souliers qui vous aillent bien, même quand vous devriez les acheter »vous même, quoique les Etats-Unis munissent leurs troupes d'excellents »souliers. Avec ces précautions et une petite dose d'un médicament purgatif »une fois par semaine on n'a aucune raison de craindre davantage la »fièvre paludéenne à Cuba qu'au Missouri«. M.r.

EPIDEMIOLOGIE.

La vaccination au Japon. C'est en 1849 qu'un médecin Hollandais introduisit le vaccin au Japon et, en trois ans, la vaccine se répandit dans tout l'empire; en 1871, un bureau de vaccination fut annexé à l'Université de Tokyo. En 1879, on se servait encore de lymphe dérivant du vaccin humain introduit autrefois, mais, à cette époque, une commission fut envoyée en Europe pour étudier la préparation de la lymphe de veau. Depuis lors, de grands progrès ont été réalisés au Japon et aujourd'hui, non seulement la vaccination y est obligatoire, mais en outre, la revaccination doit être pratiquée tous les cinq ans. B.

L'ergotisme en Kabylie. M. Legrain, médecin à Bougie, rapporte à l'ergotisme un complexus morbide tout à fait spécial que l'on observe dans les douars Kabyles, principalement pendant les années humides. Non seulement on doit soupçonner l'ergotisme dans les gangrènes des extrémités et dans diverses dermatoses fréquentes en Kabylie, mais aussi dans certaines cachexies trop volontiers classées dans les cachexies paludéennes. Quant à l'agent toxique, M. Legrain hésite entre l'ergot du seigle, l'ustilagó du maïs et le claviceps de l'orge; à notre avis, c'est ce dernier qui doit être la cause principale des accidents, le seigle n'étant que très rarement cultivé en Algérie et l'ustilago du maïs décelant sa présence par l'aspect spécial qu'il donne aux épis attaqués. B.

CIRCULUS THERAPIÆ.

Le cuivre (arséniate de cuivre) préconisé de nouveau dans la diphtérie. Dans la deuxième livraison 1896 du „Janus" se trouve un article du Dr. Beitter exposant les idées de Rademacher, lequel supposait, qu'en cas de diphtérie l'organisme avait besoin de sels de cuivre ou de fer. Le Dr. Beitter prétend, en effet, avoir obtenu de très bons résultats en traitant la diphtérie par l'application de ces métaux. Quiconque a observé un certain nombre de cas de diphtérie guéris efficacement après avoir touché les pseudo-menbranes avec la liqueur stiptique et après avoir fait boire quelques gouttes de ce liquide ne s'étonnera pas outre mesure.

C'est le Dr. M. M. Latta qui-d'un autre coté (Goshen Ind.) dans l'Indiana med. Journal vient nous préconiser l'action de l'arséniate de cuivre en cas de diphtérie après en avoir constaté les bons effets dans la diarrhoe et la dysentérie. Probablement sans être tout à fait partisan des idées de Rademacher Mr. Latta supposait comme lui, que dans ces cas c'était le système alimentaire qui souffrait. Mr. Latta traitait tous les malades de cette épidémie par l'arseniate de cuivre. Il affirme ne pas avoir perdu un seul malade; il se loue beaucoup de ce traitement. Seulement il faut observer qu'en acceptant l'efficacité du traitement on ne sait pas s'il faut regarder l'arsenic ou le cuivre comme agent principal. Le fait se complique encore plus parce que le médecin a ajouté de temps à autre à cette médication de petites doses de calomel et en tout cas l'injection toutes les 4 heures de sulf. de quinine en suspension dans la glycérine. Si la sero-thérapie de la diphtérie n'a pas encore détroné tous autres remèdes on peut joindre ce revenant à la suite des médications, qui se disputent la préséance pour un certain temps.

Le traitement de la filaire de Médine (dragonneau, Filaria medinensis). Il y a mille liens qui unissent l'histoire à la géographie de la médecine. Un de ces fils est l'histoire de la filaria medinensis. Ce ver qui a été connu des peuples où est né notre médecine, joue son rôle dans les écrits médicaux de l'antiquité. La maladie (dracontiasis) dracunculus est souvent mentionnée dans la pathologie du moyen âge. C'est Rhases c.a. qui lui consacre une monographie. Après la chûte de l'arabisme le dracontiase de plus en plus est négligé dans la pathologie des peuples de l'occident.

Depuis peu le Dr. A. L. Bennet dans »le Colorado medical Journal", raconte le traitement usuel des indigènes qu'il voyait à Batanga, traitement probablement pratiqué partout et depuis des siècles. Les indigènes prennent la portion proéminente du ver et la roulent le long d'une pièce de bambou. Ainsi ils s emparent du ver en tirant tous les jours une section. Le ver se trouve dans la plupart des cas dans le pied ou dans la malléole. La méthode est lente, douloureuse et pas toujours efficace. Il y a assez de cas ou le ver se rompt et cause des inflammations qui font souffrir le malade pendant des semaines ou des mois. Suivant Surgeon Capt. Lamb, dans le »Indian Lancet" à propos d'un article du »Brit. med. Journal", le traitement de la maladie le plus efficace, serait par das injections de $^1/_{1000}$ de sublimé, dans les parties affectées. Ces injections sont répetées, en cas de besoin, après quelques jours. Cette méthode tue et fait absorber le ver en 8 ou

10 jours. Nous rappelons la manière, non parce qu'elle a la prétention d'être nouvelle (voir les monographies récentes sur la matière), mais parce qu'elle n'est peut-être pas encore assez connue.

Les verrues et la suggestion. Qui de nous, médecins modernes, n'a pas haussé un peu les épaules en écoutant des récits où les verrues, les suites douloureuses des entorses etc. ont disparu assez vite par suggestion. Si par hasard nous avons vu de ces cas de guérison inexplicables nous nous sommes tus ou nous parlions d'autre chose. Pourtant le traitement par les charmes »l'enchantement", »belezen" en hollandais, est assez ancien, comme il est assez populaire et tellement renommé, que peut être on n a pas le droit d'en nier toujours l effet.

Suivant la »Society for Psychical Research" citée dans la »*Revue Scientifique*", une inspectrice des enfants assistés aurait employé avec succès la suggestion pour guérir des nombreuses verrues que portait aux mains, un élève de l'école dont elle avait la charge. La date de la guérison avait été fixée à trois mois et l'on put, en effet, constater qu'au bout de ce temps, les mains de l'enfant étaient complètement débarrassées de leurs verrues. Mais cette observation manque de précision car on ne nous dit pas si les verrues ont disparu subitement ou graduellement. Du reste, il n'est peut-être pas impossible que des verrues, même nombreuses, puissent disparaître spontanément dans l'espace de trois mois. Enfin, l'enfant a pu faciliter, volontairement ou d'une manière plus ou moins inconsciente, la disparition de ses verrues par l'emploi d'un remède populaire approprié.

Thérapie populaire.

Le venin de frelon antitoxique du venin de vipère. Si les physiologistes et les chimistes ne sont pas d'accord sur la composition du venin des hyménoptères et sur l'agent spécial de sa toxicité, on s'entend beaucoup mieux en ce qui concerne son action physiologique. P. Bert a constaté que les moineaux, piqués par l'abeille xylocope, mourraient par arrêt de la respiration et, plus récemment, M. Langer, ayant inocule à des lapins et à des chiens du venin d'abeille, vit ces animaux succomber avec des symptômes analogues à ceux que détermine le venin de la vipère. S'inspirant de l'observation de Langer, M. Phisalix a recherché si le venin du frelon ne jouirait pas, vis à vis du venin de la vipère, de propriétés immunisantes et le résultat de ses expériences a confirmé ses premières prévisions; c'est ainsi qu'il a constaté qu'un cobaye immunisé par une macération glycérinée d'une quinzaine de vésicules à venin de frelons, à la dose de 1 à 3 centim. cubes, pouvait supporter, sans aucun danger une dose venin de vipère susceptible de tuer un témoin en 4 ou 5 heures. Cette même macération jouit en outre d'une légère action antitoxique contre le venin de la vipère et, inoculée en même temps que ce dernier, elle retarde notablement la mort; mais, malgré les recherches de M. Phisalix, la substance active du venin de frelon reste toujours mal connue et nécessite de nouvelles études. B.

Sérums thérapeutiques et prophylaxie de fièvre jaune. Sanarelli donne des résultats très encourageants obtenus avec son sérum ictéroïde dans une épidémie à St. Charles de Pinhal. 22 patients traités ainsi ne donnèrent que 6 décès. Dans un cas une brusque convalescence suivit une seule injection, le second jour. Cet auteur considère le sérum plutôt comme bactéricide que comme antitoxique dans ses effets, et il obtint les meilleurs résultats par les grandes injections intraveineuses. Dans trois des cas mortels le bacille ictéroïde fut isolé du sang durant l'agonie, afin de rechercher le pouvoir du serum comme méthode de réaction. L'auteur trouva que le cheval était l'animal qui convenait le mieux pour la production du serum. Une application de ce liquide faite à un prisonnier et à deux gardiens de la prison arrêta la fièvre jaune en pleine évolution. Ce récit a été publié dans »*O Brazil Medico*, Avril 1 a 8". Le Dr. Sanarelli affirme hautement l'innocuité absolue de ces injections d'après son expérience et celle d'autres expérimentateurs. M. C.

Valeur thérapeutique de l'extrait de rate. "*L'Edinburgh medical Journal*", de février, contient les résultats d'une enquête qui a duré pendant deux ans au sujet de la valeur thérapeutique de cet extrait qui aide la digestion et la nutrition, accroit l'activité de la surface cutanée, stimule l'activité glandulaire de la peau etc. Dans une 1ère catégorie de cas, d'inertie chronique, au moral comme au physique, après un an de traitement l'état mental était le même pour quelques sujets, légèrement amélioré chez d'autres et entièrement retrouvé chez deux malades. La seconde classe renferme des cas de démence, dus à l'épuisement physique et moral. L'extrait de rate est parvenu à faire recouvrir une santé complète. L'effet de cette thérapeutique sur le pouls, la température, le tube gastro-intestinal et les urines, n'est pas encore bien nettement déterminé; on constate toutefois une excitation générale de l'organisme. L'auteur avait fait usage avant de se servir de l'extrait de rate, de l'extrait de la glande thyroïde; il n'avait rien obtenu dans les altérations mentales. Il pense que si l'extrait du rate est moins puissant dans ses effets que la thyroïde, il donne des résultats plus durables. Ce qui est certain et non moins important, c'est que le succès final est beaucoup plus sur. M. C.

Opothérapie: médication prostatique. Extrait de capsule surrénale dans la thérapeutique oculaire, opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison. Electricité et opothérapie voilà les deux grandes voies médicales, sinon les principales, qui termineront glorieusement notre siècle! Rien de plus rationnel que ces tentatives thérapeutiques et rien de plus juste que ce retour officiel de la physiologie dans le traitement des maladies. Cependant les espérances attendues et esperées, ne se sont pas encore réalisées, tant s'en faut. A part le corps thyroïde qui a fait ses preuves le reste des organes employés est encore à chercher et à trouver les siennes.

Mr. le Dr. Oraison (thèse de Bordeaux 1898) a exposé les résultats obtenus par l'emploi de la prostate et des vésicules séminales dans l'hypertrophie prostatique, et dans le prostatisme qui implique des altérations beaucoup plus étendues. La médication par l'ingestion de prostate et de vésicules séminales, supprime d'abord et dans la plupart des cas la douleur;

elle diminue le nombre des mictions; fait disparaitre la saillie prostatique et souvent cesser la dysurie, elle peut même modifier l'infection vésicale.

Mr. le Dr. GEL HALLOT (in: Brochure, chez Carré et Naud) se sert de l'extrait de capsule surrénale ..... dans la thérapeutique oculaire!!! .... Ces effets sont basés sur la propriété vaso-constrictive de cet extrait, que les études physiologiques de Brown-Séquard ont si bien démontré.

Mr. BATES de New-York avait déjà fait des expériences concluantes à cet effet, dans la thérapeutique oculaire, Mr. Hallot n'a fait que les reprendre. Voici les conclusions de son travail.

L'action vaso-constrictive locale de l'extrait de capsule est avantageusement mise à profit, dans les conjonctivités simples; dans les kératites vasculaires; comme hémostatique, dans les hémorrhagies capillaires; et enfin, pour permettre, l'anesthésie cocaïnique dans les yeux enflammés.

Mr. le Dr. ROBIN, dans sa thèse inaugurale récemment soutenue a repris l'étude de l'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison. Disons de suite que cette thérapeutique, a été rappelée il a peu de temps, par Hayem, sur plusieurs malades de son service, mais n'a pas donné les résultats espérés quoique cependant ils aient été encourageants. M. Robin publie un cas de guérison très remarquable où tous les accidents, y compris la mélanodermie se sont arrêtés. Depuis 3 ans la santé du sujet est restée bonne.

On doit continuer longtemps l'usage de la médication surrénale si l'on tient à obtenir un effet marqué; souvent celui-ci ne commence à se montrer qu' après une attente et un usage quotidiens qui dure plusieurs mois. Toutes les théories émises pour expliquer ces effets, telles, l'hypertrophie compensatrice des portions demeurées saines du parenchyme surrénal; ou bien encore l'apport dans l'organisme d'une substance qui n'y est plus produite ... etc. sont encore hypothétiques.

Quoique il en soit, l'avenir semble appartenir à l'opothérapie ... au moins théoriquement, mais jusqu'à présent il n'y a toujours que le corps thyroïde qui ait donné raison à ces légitimes espérances. M. C.

VARIÉTÉS.

La crémation comme désinfection internationale. Au dernier congrès international de médecine (à Moscou) les avantages de la crémation contre les épidemies et les maladies infectieuses ont été mises en évidence par le Dr. Maisets (d'Odessa). Il conclut: 1e. la lutte contre les maladies infectieuses ne sera pas parfaite sans la crémation comme mesure sanitaire internationale; 2e. la crémation peut détruire les spores des bacilles et leur milieu de développement; 3e. par la crémation peut-être l'humanité sera delivrée de bon nombre de fléaux, tels que la peste, la choléra, la scarlatine, le typhus et autre maladies infectieuses; 4e. l'idée du christianisme ne s'oppose à la crémation au contraire la crémation serait un retour vers l'époque des premiers chrétiens; 5e. l'incinération, basée sur le fondement de la science est la meilleure méthode de sépulture.

Un »Regimen Sanitatis" récent. Tout historien de la médecine se souvient du »Regimen Sanitatis", que l'Ecole de Salerne adressait au Roi d'Angleterre. Le Lyon médical fait ressusciter ce régime par le contenu et par la forme dans son décalogue aux tuberculeux:

»Toujours air pur respireras
Dès le début du traitement.

A l'air libre t'exerceras
Pour te guérir promptement.

Qu'uniforme soit le climat
Est précepte très important.

Par le temps frais tu porteras
Des habits chauds suffisamment.

Avec Phœbus te lèveras,
Te coucheras pareillement.

Travail quelconque ne feras
Qu'en dehors de l'appartement.

Jamais de part tu ne prendras
Qu'aux jeux le thorax dilatant.

D'être propre il t'importera
En toute chose absolument.

Des précautions tu prendras
Contre le refroidissement.

Vénus tu ne fréquenteras,
Mais mangeras abondamment."

Calvitie Expérimentale. — Au Congrès de l'Association britannique pour l'avancement des sciences, (Sept. '97) M. D. Morris, directeur adjoint au Jardin Botanique de Kew a fait connaître les effets singuliers du tamarinier sauvage, le Jumbai, plante des Indes Occidentales. Cette plante, excellent fourrage, a la remarquable propriété de faire tomber en grande partie les poils des animaux qui s'en nourrissent, et surtout la crinière et la queue des chevaux. Si les animaux changent d'alimentation, les poils repoussent, mais n'ont plus ni la même couleur, ni la même texture. Parfois le mal s'etend aux sabots qui tombent, mais la santé générale n'est pas éprouvée. Les ruminants échappent du reste à l'action du Jumbai qui serait due à un principe spécial, contenu dans les feuilles et les graines.

FAIDHERBE.

Une plante exhilarante. Nous empruntons au *Pharmaceutical Journal* de Montréal (mai dernier) l'information suivante: On trouve en Arabie une plante de médiocre grandeur, avec des fleurs d'un jaune clair, auxquelles succèdent des gousses veloutées dont chacune contient 2 à 3 graines ressemblant à de petites fèves noires. Ces graines, séchées et réduites en poudre, produisent sur l'homme des effets analogues au protoxyde d'azote; de là le nom que les indigènes donnent à cette plante (*Laughing plant*). Ceux qui en ont pris une petite dose se mettent à rire, à crier comme des fous et se livrent aux cabrioles les plus extravagantes; à cette excitation qui dure une heure environ, succède un profond sommeil de plusieurs heures, ne laissant, au réveil, aucun souvenir de ce qui s'est passé. Dans la description de notre confrère canadien, nous reconnaissons sans peine, non pas une plante, mais un palmipède du genre canard auquel nous nous empressons de couper les ailes, car il nous souvient d'avoir déjà entrevu ce volatile qui nous revient aujourd'hui d'Amérique. B.

Ouvrages reçus pour analyse:

Tropical diseases, by Patrick Manson, M.D., L.L.D.; Lecturer on tropical diseases at St. George's Hospital, Medical adviser to the Colonial Office, etc. Cassel & Cy. London, Paris, New-York, Melbourne.

Masters of Medicine, Benjamin Brodie by Timothy Holmes, M.A., T.R.C.S. London, E.C.T. Fisher Unwin, 1898. Pr. 3/6.

Dr. Millot-Carpentier. Nos Ancêtres, Etude historique abrégée de la médecine depuis les temps les plus reculés jusqu' au commencement de ce siècle. Préface par M. le Pr. J. V. Laborde. Conférences faites à la société de médecine de l'Aisne en 1893. Paris, Maloine, 1898.

Notice sur la vie et les oeuvres de Thibault Lespleigney, (apothicaire à Tours 1496—1567), par le Dr. P. Dorveaux, bibliothécaire de l'école supérieure de pharmacie de Paris. H. Welter, Editeur, Paris, 1898.

Considerazioni intorno a Benvenuto ed alla sua opera oftalmojatrica per Guiseppe Albertotti, Prof. di oculistica della R. Università di Modena. Premiato stabilimento tipografico successori Bizzeni, Pavia, '98.

Thèse pour le Doctorat en Médecine, prés. et sout. le 7 juillet 1898, par Lucien Nass, Les empoisonnements sous Louis XIV, d'après les documents inédits de l'affaire des poisons (1679—1682). G. Carré et C. Naud, Editeurs, Paris 1898.

Ensayo de una higiene de la inteligencia, contribució al estudio de los relaciones que existen entre le fisico y lo moral del hombre, y manera de aprovechar, estas relaciones en beneficio de su salud corpórea y mental, por el Doctor Nicasio Mariscal y Garcia, Director Jefe del Laboratorio Central de Medecina legal, etc. etc. Imprenta de Ricardo Rojas, Madrid, 1898, pr. 10 pes.

L'hygiène de la vue et l'acuité visuelle à l'école par le Dr. De Mets. Impr. J. E. Buschmann, Anvers, 1898.

Les choses naturelles dans Homère, par le Dr. Kums, in 8⁰., de 198 pages. Prix: 5 francs.

Notice bibliographique par le Dr. De Mets. Extrait des Annales de la Société Médico-chirurgicale d'Anvers, Janvier 1898. Chez M.M. J. E. Buschmann, Anvers et Félix Alcan, Paris.

Della vita e delle opera di Michele Troja (estratto dagli atte della R. academia medico-chir. di Napoli). Anno LII—1898, del socio ordinario Prof. Modestino del Gaizo. Napoli, Stab. Tip. Cav. Aurelio Tocco.

Etiologia et Patogenesi della Febbre gialla, Prof. Dr. Sanarelli (Montevideo) Torino, Rosenberg & Sellier.

Statistica sanitaria dell armata per gli anni 1895 & 1896, Ministero della marina, Direzione del Servizio Sanitario, Roma, Tip. ditta Ludovico Cecchini, 1898.

Descent and variation of the bacillus with remarks, by A. Ashmead, M.D. of N. Y., Late foreign medical director Tokio Hospital, Japan.

Agence générale de Hollande: F. v. Rossen, Editeur, Amsterdam.
" " " l'Allemagne: M. F. A. Brockhaus, Leipzig, 16 Querstrasse; Berlin, 14-16 Oberwallstrasse.
" " " l'Amérique: . . . .
" " " l'Angleterre: Mrss. Williams & Norgate, 14, Henrietta Street, Coventgarden, W. London, Oxford et Edinburg.
" " " l'Autriche: M. F. A. Brockhaus, Vienne I, 7 Kumpfgasse.
" " " la Belgique: M. Lamertin, Bruxelles.
" " " le Brésil: . . . .
" " " l'Espagne: . . . .
" " " la France: A. Maloine, 23 Rue de l'École de de médecine, Paris.
" " " la Grèce: M. K. Wilberg, 24 Rue d'Hermès, Athènes.
" " " l'Italie: M. Carlo Clausen, Turin, via de Po, 19.
" " " le Portugal: . . . .
" " " la Russie: M. K. L. Ricker, Editeur-Libraire, Perspective Nevsky 14, St. Petersbourg.
" " " la Suisse: M. Georg, Libraire-éditeur, Bâle et Genève.

Conditions de l'abonnement.

Prix de l'abonnement pour tous les pays: Pour une année, partant de n'importe quelle époque, (six livraisons), formant un volume d'au moins 700 pages: **Douze florins de Hollande.** Environ frs. et L. 25.—; Rmk. 20.40; £ 1; $ 5.—; Z.R. 10.—

Pour s'abonner envoyer **Douze florins** en mandat-poste, chèque, etc. au **Trésorier** de JANUS, Mr. J. F. Bangert, Kerkstraat 363, Amsterdam, et par la librairie, ou la poste. On peut se procurer des livraisons isolées en envoyant Fl. 2.50 en mandatposte, timbres-poste, etc.

S'adresser pour tout ce qui concerne la Rédaction au Dr. H. F. A. Peypers, Parkweg 70. Pour l'Administration (annonces, livraisons isolées) à Mr. F. van Rossen Editeur-libraire, Heerengracht 281, Amsterdam.

Les médecins militaires de tous les pays, s'abonnant au Janus recevront une réduction de 20 % du prix de l'abonnement.

COLLABORATEURS

Dr. A. Adamkievicz, Prof. Viene. Prof. Dr. G. Albertotti, Modena. Dr. M. Albricht, Soerabaya (Java). Dr. T. Aoyama, Prof. Tokio, Japon. Dr. A. Avila, Merida, (la Mexique), Dr. J. H. Baas, Worms, Dr. Ch. Banks, Puri Jaganath, (Bengal). Dr. W. Basler, Offenbourg. Dr. Wolf Becher, Berlin. Dr. E. Below, Berlin. Prof. Dr. C. Binz, Bonne. Dr. Beugnies, Givet. Dr. Ch. Binet, Angers. Dr. E. Bonnet, Paris. Dr. Broes v. Dort, Rotterd. Dr. F. Buret, Paris. Dr. C. L. van der Burg, Laag Soeren, Hollande. Dr. Burot, méd. princ. de la marine, Rochefort. Dr. J. Brault, médecin-major Prof. Alger. Dr. J. Bijker, méd. mil. 1e Cl., Batavia. Dr. Cabanès, Paris. Dr. A. Calmette, Lille. Dr. J. Carlsen, Copenhague. Dr. Caroë, Copenhague. Dr. A. Corlieu, Paris. Dr. Däubler, Berlin. Dr. Ch. Denison, Prof., Denver, Colorado. Dr. J. M. H. v. Dorssen, Batavia. Prof. N. S. Davis, Chicago. Prof. D. v. Düring, Constantinople. Prof. G. Ebers, Titzing. Dr. Edv. Ehlers, Copenhague. Dr. A. Eulenburg, Prof. Berlin. Dr. C. Eykman. la Haye. Dr. P. Fabre, Commentry, Dr. K. Faber, Copenhague. Dr. Al. Faidherbe, Roubaix. Prof. Dr. Fasbender, Berlin. Dr. L. Faye, Christiania. Dr. Fiebig, Bandjermasin, Borneo. Dr. Ch. Fiessinger, Oyonnax. Dr. J. Finlayson, Glasgow. Dr. Rob. Fletcher, Washington. Dr. V. Fossel, Graz. Dr. Foustanes, Syra, Grèce. Dr. Franklin, Paris. Dr. R. Fuchs, Klotzsche, (Dresde). Dr. G. Foy, Dublin. Dr. O. Funaro, Tunis. Dr. A. Geijl, Dordrecht. Dr. L. Glück, Serajewo. Dr. Gordon Norrie, Copenhague. Dr. L. C. Gray, Prof., New-York. Dr. M. Greshoff, Harlem. Dr. L. M. Griffiths, Bristol. Dr. E. Grijns, Weltevreden, (Batavia). Dr. A. Grünfeld, Rostow. Dr. Fr. Guermomprez, Prof. Lille. Dr. J. Guiteras, Prof. Philadelphie. Dr. Gros, Lourmel-Algérie. Dr. J. Habart, Vienne. Prof. A. H. Hare, Philadelphie. Dr. Hârsu, Brosteni-Suceava. Dr. M. Heitler, Vienne. Dr. Helfreich, Prof. Würsbourg, Prof. Herrgott, Nancy, Dr. F. Hermann, Charkow. Dr. P. Heymann, priv. Doc. Berlin. Dr. J. Hirschberg. Prof., Berlin, Med. Rath. Dr. J. Ch. Huber, Memmingen. Dr. Otto E. A. Hjelt, Prof. Em. Tràskânda (Finlande). Dr. M. Höfler, Tölz-Krankenheil (Bavière). Dr. K. B. Hofmann, Prof., Graz. Dr. Th. Husemann, Prof., Göttingue. Dr. A. Magelssen, Christiania. Dr. Abr. Jacobi, New-York. Dr. V. Janowski, Prof., Prague. Dr. Ch. Jewett, Brooklyn. Dr. I. Jonassen, Reykiavik, Islande. Dr. Ax. Key, Prof., Stockholm. Dr. S. Kirchenberger, Vienne. Dr. J. H. Kohlbrugge, Tosari, (Java). Dr. Ad. Kronfeld, Vienne. Dr. R. Krul, la Haye, Dr. P. Kaufmann, Caire. Dr. Kuo Jung Kan, Hou-Kuan (Chine). Dr. H. Laehr, Prof. Berlin, Dr. E. Lancereaux, Prof., Paris. Dr. R. Landau, Nuremberg. Dr. L. C. Lane, Prof., San Francisco. Dr. E. von Leyden, Prof., Berlin. Dr. Liétard, Plombières-les-Bains. Dr. Lin Ching, Hou-Kuan (Chine). Dr. Magelhaens, Rio de Janeiro. Dr. N. P. Marjantschik, Kieuw. Dr. M. Martin, Munich. Dr. J. J. Matignon, Pékin. Dr. M. Mendelssohn, Berlin. Dr. Mendes de Leon, Amsterdam. Dr. C. Mense, Cassel. Dr. Millot-Carpentier, Havrincourt, Pas de Calais, France. Dr. Müller, Teheran, Perse. Dr. Neuburger, Vienne. Dr. Arthur Newsholme, Brighton. Dr. A. W. Nieuwenhuis, Batavia. Dr. Roswell Park, Buffalo. Dr. Cl. Paster, Munich. Dr. Pervez, méd. de la marine 1e Cl. Boulogne s/M. Dr. H. Peters, Nuremberg. Dr. L. H. Petit, Paris. Dr. E. Pergens, Bruxelles. Dr. G. Petella, méd. 1e Cl. de la marine, Rome. Dr. J. F. Pilcher, Columbus Barracks, Ohio. Dr. J. A. Portengen, méd. 1e Cl. de la marine, la Haye. Dr. Preuss, Berlin. J. K. Proksch Vienne. Dr. M. Rawitzky, Berlin. Dr. Rydygier, Prof. Cracovie. B. Reber, Genève. Dr. Alfr. E. Regensburger, Prof., San Francisco. Dr. H. P. Roll, Batavia. Dr. F. Rho, méd. de 1e Cl. de la marine. Italienne Rome. Dr. S. Ruge, Marine-stabsarzt, Kiehl. Dr. C. J. Salomonson, Prof., Copenhague. Dr. R. H. Saltet, Prof., Amsterdam. Dr. E. Schär, Prof., Strasbourg. Dr. A. v. d. Scheer, Weltevreden (Java). Dr. C. Th. E. Scheffer, Amsterdam-Batavia. Dr. Schönberg, Prof., Christiania. Dr. K. Schuchardt, Gotha. Dr. O. Schrutz, Prague. Dr. W. Schuffner, Batavia. Dr. Ign. Schwarz, Vienne. Dr. Nic. Senn, Prof., Chicago. Dr. Fred. Shattuck, Prof., Boston. Dr. O. Snell, Hildesheim. Dr. F. Spät, Ansbach. Dr. Mor. Steinschneider, Prof., Berlin. Dr. K. Sudhoff, Hochdahl (bei Düsseldorf.) Dr. Robert Ritter von Töply, Vienne. Dr. de Tornéry, Paris. E. Trosse, Neuenahr. Dr. H. Vierordt, Prof., Tubingue. Dr. L. Vincent, méd. en chef de la marine. Rochefort. Dr. A. G. Vorderman, Batavia. Dr. José Moreno Vernandez, Prof. Sevilla. Dr. Jas. T. Whittaker, Prof., Cincinnati. Dr. Zaborowsky, Paris. Dr. Ziemann, Schiffsarzt, Lehr.

The First Nathan Lewis Hatfield Prize. — College of Physicians of Philadelphia announces through its committee that the sum of $ 500 wil be awarded to the author of the best essay in competition for the above prize, on "A Pathological and Clinical Study of the Thymus Gland and its Relations". The essays must be submitted on or before January 1, 1900. The treatment of the subject must, in accordance with the conditions of the trust, embody original observations or researches or original deductions. The competition shall be open to members of the medical profession and men of science in the United States. Further information may be obtained by addressing Dr. J. C. Wilson, M.D., 219 South Thirteenth Street, Philadelphia, Pa.

LES PREMIERS AGES DE L'ANESTHÉSIE,

PAR M. LE DR. CABANÈS,
Rédacteur en Chef de la *Chronique Médicale.*

(Fin.)

Charles Jackson, docteur en médecine de l'université de *Harward* (1829), était en même temps un chimiste habile et un géologue distingué; il avait fait son tour d'Europe et avait vu à Edimbourg les étudiants s'enivrer avec l'éther. Cette coutume qu'il retrouva en Amérique, lui inspira l'idée d'étudier la nature du sommeil éthéré, et, dès 1842, expérimentant sur lui-même, il reconnaissait le pouvoir de l'éther à produire l'insensibilité.

Voici la lettre qu'il écrivit à ce sujet au docteur Abbot:

»L'expérience qui me fit conclure que l'éther sulfurique produisait »l'insensibilité fut faite de la manière suivante; je pris une bouteille »d'éther sulfurique purifié que j'avais dans mon laboratoire. J'allai »dans mon cabinet, je versai de cet éther sur un morceau de linge, »et l'ayant pressé légèrement, je m'assis sur une berceuse. Ayant »appuyé ma tête sur la berceuse, je posai mes pieds sur une chaise, »de manière que je me trouvasse dans une position fixe; je plaçai »alors le morceau de toile sur ma bouche et sous mes narines, et »je commençai à respirer l'éther. Les effets que je ressentis d'abord »furent un peu de toux, puis de la fraîcheur qui fut suivie d'une »sensation de chaleur. Il me vint bientôt de la douleur à la tête et »dans la poitrine, des envies de rire et du vertige. Mes pieds et »mes jambes étaient engourdis et insensibles; il me semblait que je »flottais dans l'air; je ne sentais plus la berceuse sur laquelle j'étais »assis. Je me trouvai, pendant un espace de temps que je ne puis »définir, dans un état de rêverie et d'insensibilité. Lorsque je revins, »j'avais toujours du vertige, mais point envie de me mouvoir. La toile »qui contenait l'éther était tombée de ma bouche; je n'avais plus »de douleur dans la poitrine ni dans la gorge; mais je ressentis »bientôt un trouble inexprimable dans tout le corps, le mal de gorge »et de poitrine revint bientôt, toutetois avec moins d'intensité qu' »auparavant. Comme je ne m'étais plus aperçu de la douleur, non »plus que des objets extérieures, peu de temps après que j'eus perdu »connaissance, je conclus que la paralysie des nerfs de la sensibilité »serait si grande, tant que durerait cet état, que l'on pourrait opérer

»un malade soumis à l'influence de l'éther sans qu'il ressentit la »moindre douleur. Me fixant là dessus, je prescrivis l'emploi de l'éther, »persuadé que l'expérience serait couronnée de succès.»

De son côté, W. T. G. *Morton*, dentiste de Boston, était à la recherche de la grande chimère du moment; il pensait que, s'il pouvait trouver un moyen d'arracher les dents sans douleur, il aurait bientôt fait sa fortune. Peu versé dans l'étude de la chimie, il s'adressait aux pharmaciens, aux chimistes et particulièrement à *Jackson*, chez le quel il avait étudié. Il apprit de Jackson, en 1844, les effets calmants de l'éther directement appliqué sur une dent malade et aussi l'habitude où étaient les élèves de Cambridge de s'endormir en respirant de l'éther. Ce fait lui fut confirmé par ses lectures et par l'un de ses élèves, *Spear*, qui en avait respiré lui-même.

Il expérimenta bientôt, dans sa pratique, que l'éther renfermé dans une dent creuse et scellé avec de la cire rendait graduellement le nerf insensible.

Dans le cours de l'hiver (1844 à 1845), il aida *Horace Wells* dans ses expériences sur les inhalations de gaz oxyde nitreux (*nitrous oxyde gaz*), pour détruire la douleur résultant des opérations. Ainsi préparé par l'expérience des autres, Morton était en bonne voie de perfectionner sa découverte. Praticien courageux, audacieux même il n'était pas homme de science; mais, dès qu'il croyait entrevoir la vérité, il se mettait en devoir de la vérifier par l'expérience.

Il pensa donc que, si l'éther, directement appliqué, pouvait rendre un nerf insensible, il pourrait aussi, par le moyen de l'inhalation, détruire le sentiment de la douleur en général.

Le docteur Jackson, lui ayant envoyé une bouteille d'éther chlorique *(chloric éther)* rectifié pour appliquer sur les dents, il eut l'idée de le respirer; il l'inhala en se servant d'un mouchoir; mais comme il en restait peu, il ne put obtenir qu'une sorte de gaieté *(exhilaration)*, suivie de mal de tête.

La découverte n'était point faite. Morton tomba malade; il fallut interrompre. Mais Morton était persévérant. Au printemps du 1846, *Thomas B. Spear* vint étudier auprès de lui, et, lui entendant parler de ses recherches, il lui dit qu'il avait inhalé de l'éther sulfurique à l'université de *Lexington* et il lui en décrivit les effets. Morton, ranimé dans ses anciennes espérances, résolut de tenter les derniers efforts pour éclaircir cette question.

Il fit une première expérience sur un chien de Terre-Neuve, lui plonga la tête dans une jarre, dont le fond était couvert d'éther sulfurique; le chien fut étourdi complètement et tomba entre ses

mains. Il éloigna la jarre; au bout de trois minutes l'animal se releva, hurla très fort, et courut se plonger à dix pieds au moins dans une mare.

Morton s'occupa aussitôt de trouver un jeune dentiste qui put le remplacer dans ses fonctions, prendre la direction de ses affaires, afin qu'il pût se consacrer à son étude de prédilection, d'une manière exclusive.

La convention fut rédigée par *R. H. Dana Junior*, esquire, et le docteur *Grenville G. Hayden*, jeune dentiste, se chargea du cabinet de Morton.

Délivré de toute préoccupation, celui-ci commenca à se consacrer entièrement à ses expériences; il inhala un peu d'éther chlorique et de morphine; l'effet fut un assoupissement suivi de courbature et de mal de tête.

Au mois d' août, il se fit acheter par *Hayden* une fiole d'éther sulfurique de quatre onces chez le droguiste *Burnett*; il en emporta la moitié à la campagne, afin de tenter encore l'expérience sur le chien; mais celui-ci fit un bond, renversa la jarre et tout fut perdu.

Morton, contrarié, résolut de prendre lui-même l'éther; il s'enferma dans son cabinet, versa du liquide volatil sur son mouchoir, le respira et tomba dans un état de demi-sommeil où il ne perdit pas connaissance; mais la sensibilité était fortement émoussée.

Il n'avait plus d'éther, il ne voulut pas en redemander à Burnett, afin de ne pas divulguer son secret; il envoya l'élève *William P. Leawitt*, dans un autre quartier, pour en acheter chez *Brewers Stewens*. Il parvint aussi à déterminer *Spear*, qui en avait pris à la pension, à inhaler de l'éther; celui-ci en prit, et son insensibilité fut telle, qu'il laissa tomber le mouchoir et parut complètement assoupi; mais bientôt il entra dans une si violente excitation, qu'il fallut le maintenir de force sur le fauteuil. Une fois réveillé et calmé, il dit qu'il était charmé des sensations qu'il avait éprouvées. *Leawit* en prit à son tour: les mêmes effets se reproduisirent. *Morton* fut découragé; il n'avait pas prévu cette surexcitation effrayante. Il était bien loin de la période de calme qu'il voulait atteindre pour opérer; mais on doit remarquer que, si l'éther dont il s'était servi avait été pur, il aurait obtenu dès ce moment un succès complet. Il résulte en effet des *affidavit* (déclarations sous serment) relatés dans la défense du docteur Morton, que cet éther analysé contenait une forte proportion d'acide sulfurique alcoolisé et d'autres impuretés.

Tout ceci avait lieu en août. Morton se rendit à la campagne

et abandonna ses expériences jusqu' à la mi-septembre. Il les reprit alors et chercha s'il réussirait mieux avec un appareil; il voulait un ballon ou un sac à gaz. Il consulta le docteur *Gay*, qui le renvoya à Jackson: »Les chimistes, lui dit-il, sont familiarisés avec ces choses là." *Morton* se rendit donc chez *Jackson* pour lui demander quelques renseignements sur les diverses préparations d'éther et les appareils; mais il voulait cacher en même temps son véritable but, de peur qu'on prît l'avance sur lui. Ce fut un tort, car, pour mieux se cacher, il feignait plus d'ignorance qu'il n'en avait, et ce fait lui fut constamment reproché. Voici, d'après les textes, quelle fut leur conversation en ce jour décisif.

Le 1er septembre 1846, Morton entre dans le laboratoire de Jackson et lui demande un petit sac à gaz (*gaz-bag*); il devait, disait-il, s'en servir pour administrer l'air atmosphérique ou *autre chose* à une dame, afin de calmer ses craintes et de pouvoir lui enlever une dent.

Jackson lui répondit que ses instruments étaient dans son atelier et qu'il aurait quelque peine à se le procurer. Morton se rendit dans l'atelier et revint au laboratoire, tenant un petit sac à gaz.

»— Eh bien, docteur, lui dit Jackson, voilà votre équipement »complet; il ne vous manque plus que le gaz.

»— Il n'y aura peut-être pas besoin de gaz, dit Morton, si la »personne peut être amenée à croire qu'il y en a réellement. Je »veux faire de l'effet sur son imagination, à peu près comme on »raconte que l'on en agissait à l'égard d'un criminel condamné à la »peine de mort: on faisait couler de l'eau chaude sur une partie de »son corps blessé ou lacéré pendant que ses yeux étaient bandés.

»— Mais, lui dit Jackson, cette épreuve échouera, et vous vous »rendrez ridicule; je préférerais que vous ne tentiez pas cette »expérience, de peur qu'on ne vous croie un plus grand blagueur »(*greater humbung*) encore que Wels avec son oxyde nitreux.

»— Aussi, répondit Morton, n'ai-je point l'intention de faire ce »tour. Mais pourquoi ne pourrais-je pas donner l'éther?

»— Sans doute vous feriez beaucoup mieux, répliqua Jackson. »Si vous pouvez décider cette dame à l'inhaler, vous l'endormirez, »comme cela arrive aux étudiants qui en prennent pour se griser, »et vous pourrez extraire sa dent. Elle ne pourra pas se défendre »et ne vous empêchera d'agir par aucune résistance."

Le docteur Morton lui posa alors des questions sur le danger et le mode d'emploi de l'éther.

Jackson lui dit: »Vous pourriez saturer d'éther une éponge ou du

était à son apogée; on désirait vivement être dans le secret des sensations du patient. Après l'opération, le malade fit la description de son état, et le docteur Warren déclara qu'il croyait que l'opéré avait été insensible à la douleur. »On se figurera, dit Morton, ce »que j'éprouvai, mieux que je ne le saurais dire; je fus invité à »administrer l'éther le lendemain, dans une opération sur une tumeur. »L'opération fut pratiquée avec un succès parfait par le docteur »*Hayward*."

Le 7 novembre, Morton administra l'éther dans un cas d'amputation; le succès fut complet. Mais Morton fut obligé de dire quelle était la substance employée; les chirurgiens de l'hôpital ayant déclaré qu'ils croyaient de leur devoir de refuser l'usage de la préparation jusqu'à ce qu' ils connussent sa composition.

C'était le premier cas d'amputation. Jackson n'y assistait pas, mais il vint à une opération qui fut faite à Brownfield-House. Le 21 novembre, Morton donna encore l'éther avec succès.

Dès lors son emploi fut général, mais Morton eut le tort de vouloir prendre un brevet pour vendre aux chirurgiens le droit d'employer l'éther; la question était trop importante; elle intéressait non pas une classe d'individus, mais bien l'humanité tout entière; aussi Morton fut-il débordé de toutes parts, et bientôt l'emploi de l'éther tomba dans le domaine public.

* * *

Ce fut Morton qui le premier, fit connaître sa découverte en Europe, dans une lettre au dentiste *Booth*, de Londres (17 décembre 1846). Booth en parla à *Robinson*, qui fit aussitôt construire un appareil, administra l'éther et put arracher une dent sans douleur. Deux jours après, le 19 décembre, le célèbre chirurgien *Liston* pratiquait, à l'hôpital, une amputation de cuisse et un arrachement d'ongle incarné; les malades ne s'aperçurent même pas de l'opération. Bientôt *Guthrie*, *Lawrence*, *Morgan*, *Fergusson* et *Tattum* employèrent à l'envie le nouveau procédé.

Mais vers le même temps le 22 décembre, l'éther traversait la Manche, et *Jobert de Lamballe*, à l'hôpital Saint-Louis, assisté par un jeune chirurgien américain, faisait un premier essai d'anesthésie, qui échoua.

Deux jours après, une deuxième expérience réussit parfaitement. *Malgaigne*, *Velpeau*, *Roux* et *Laugier*, initiés bientôt, à leur tour en firent part à l'Académie. *Magendie* seul protesta, au nom de la morale et de la sécurité publique, contre des essais im-

prudents. Le bruit de la découverte se répandit dans toute la France; *Sédillot* à Strasbourg, *Simonin* à Nancy, *Bonnet* et *Bouchacourt* à Lyon, *Bouisson* à Montpellier, *Roux* à Toulon, perfectionnèrent tour à tour et régularisèrent les procédés; tous les autres pays suivirent cet exemple. Ce fut à cette époque et pendant que *Morton* et *Jackson* provoquaient, par leur découverte, l'enthousiasme de l'Europe reconnaissante, que le pauvre *Horace Wells*, rejeté, éconduit de capitale en capitale, d'académie en académie, ne pouvant nulle part faire valoir ses droits, retourna aux Etats-Unis et résolut de se couvrir, pour linceul, de cette découverte qui était la sienne aussi, et qui lui échappait, faute de persévérance; il se mit dans un bain, s'ouvrit les veines, et aspira l'éther jusqu' à la mort. Que lui avait il manqué pour être un génie? ce n'était ni le talent ni l'idée; c'était la force d'âme, et cette longue vertu qu'on nomme la persévérance .[1])

*
* *

A peine l'éther semblait-il régner en maître, qu'il était détrôné. Le génie français ne tarda pas à féconder cette découverte, que l'Amérique nous apportait toute brute, comme l'or de ses mines. Le chimiste, le physiologiste, généralisant la question, recherchèrent si d'autres corps ne seraient pas aussi anesthésiques. *Sédillot*, le premier, signala les effets anesthésiques de *l'éther chlorhydrique. Flourens* indiqua les *éthers nitreux*, *acétique* et *oxalique*. Chacun apporta son tribut à la science, et l'on reconnut bientôt un pouvoir anesthésique à un grand nombre d'autres substances.

Parmi tous ces corps, un seul se distingua des autres et sortit vainqueur de ce tournoi d'un nouveau genre, ce fut le *chloroforme*.

Découvert en 1830, par *Soubeiran*, alors professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine, ce corps, peu connu, était resté sans application.

Flourens, [2]) jugeant par analogie et d'après la composition du chloroforme, si semblable à celle des éthers, expérimenta sur les animaux et déclara ce corps un puissant anesthésique.

Mais c'est à *Simpson* que revient l'honneur d'avoir expérimenté

---

1) *Revue britannique*, loc. cit.

2) Le 8 mars 1847, Flourens rendit compte à l'Académie des sciences des résultats de quelques expériences tentées sur des animaux auxquels il avait fait aspirer de la vapeur de chloroforme pur. Il constata que cette vapeur produisait une insensibilité complète; mais le considérant comme un agent dangereux, il ne croyait pas devoir en conseiller l'expérimentation sur l'homme.

sur l'homme, et d'avoir fait au chloroforme la part glorieuse qui lui était réservée (10 novembre 1847).

Dès 1847, toutefois, Jacob Bell, de Londres, avait démontré la vertu anesthésique d'une solution de chloroforme dans de l'alcool et en avait fait constater les effets à l'hôpital de Saint-Barthélemy et à celui de Middlesex peu de temps après. Il en fit aussi l'application sur des malades traités par M. Lawrence. M. Waldie, de la Société de pharmacie de Liverpool, est le premier qui ait fait connaître au professeur Simpson les propriétés de l'éther chlorique. »Lorsque, au mois d'octobre dernier, dit-il, le docteur Simpson m'entretint de ce sujet et me demanda si je connaissais quelque substance de nature à atteindre le but qu'on se proposait, on vint-à citer, dans le cours de la conversation, l'éther chlorique, et, comme j'en connaissais très bien la composition, ainsi que la volatilité, la saveur agréable et les propriétés médicinales du chloroforme, je lui conseillai d'en faire l'essai." M. Simpson se procura du chloroforme non étendu d'eau, découvrit les effets de sa vapeur et attacha ainsi son nom, par un lien indissoluble, à un des plus grands bienfaits qu'on ait jamais rendus à l'humanité.

En 1831, M. Guthrie, chimiste américain, obtint du chloroforme en distillant un mélange de chlorure de chaux et d'alcool; mais il commit, ainsi que le professeur Silliman, l'erreur de supposer que c'était une solution alcoolique du chlorure de gaz oléfiant, ou liquide hollandais, et il lui donna le nom *d'éther chlorique,* nom donné précédemment par le docteur T. Thomson au liquide hollandais même. Dans la même année, Soubeiran obtenait la même composition, de la même manière; il la donna comme formée de 4 atomes de carbone, d'hydrogène et de chlore (C^4 H^4 Cl^4), et l'appela *éther bichlorique,* parce que, selon lui, il renfermait deux fois autant de chlore qu'il y en a dans le chlorure de gaz oléfiant, dont la formule est C^4 H^4 Cl.

Le chloroforme fut employé par le professeur Simpson, pour la première fois, afin de calmer les douleurs de l'enfantement, le 8 novembre 1847. La première femme à qui on l'administra ne s'éveille qu' après la naissance de l'enfant. »Elle déclara que ses sensations étaient celles qu'elle aurait pu avoir en s'éveillant d'un sommeil réparateur. On eut longtemps de la peine à lui persuader qu'elle était accouchée, et que l'enfant vivant qu'on lui présentait était le sien." De même la seconde malade, délivrée sous l'influence du chloroforme, déclara à son réveil avoir »goûté un sommeil rafraîchissant". Elle n'avait nullement conscience de la naissance de l'enfant, et elle n'en fut avertie que par les vagissements qu'elle lui

entendit tout à coup pousser, pendant qu'on faisait la première toilette du petit être dans la pièce voisine. Une heure après, elle se sentait, dit-elle, »parfaitement délassée et comme si elle n'avait pas accouché du tout". [1])

Par une curieuse coïncidence, la première opération chirurgicale importante, pratiquée sous l'influence du chloroforme, eut pour témoin le professeur Dumas, qui avait établi le premier la composition chimique de ce corps, et qui se trouvait, par hasard, à Edimbourg, au moment où le professeur Miller et le docteur Duncan en essayaient pour la première fois les effets à l'Infirmerie Royale de cette ville. [2]) On pratiqua le même jour trois opérations, dont chacune avait un caractère fort grave, et qui toutes se passèrent sans que les malades donnassent le plus léger signe de souffrance.

Multiplier les citations des cas obstétricaux ou chirurgicaux qui ont nécessité l'emploi du chloroforme et de l'éther serait sans profit et nous éloignerait de notre but, qui a été de tracer l'historique, aussi complet qu'il nous a été possible de le reconstituer, de *l'Anesthésie et des Anesthésiques.*

1) *Revue brittannique,* loc. cit. 2) *Revue brittannique,* loc. cit.

VARIÉTÉS.

La cérémonie du feu fijien. Une intéressante discussion a eu lieu à la dernière assemblée de l'Institut Otago Dunedin (N. Z.) le 14 mai dernier sur la cérémonie du feu à Fiji. Messieurs les Drs. HOCKEN et COLQUHOUN, de Dunedin, revenaient justement d'une excursion dans ces îles où ils observèrent cette curieuse pratique, qui aujourd'hui n'a plus lieu que rarement. Le pouvoir, pour Fiji, en ce qui concerne cet acte, semble s' être confiné dans une famille de Mbenga, petite ile distante d'environ vingt milles au sud de Suva. Ce peuple, presque nu, de la tête aux pieds, marche vivement et sans se blesser parmi les pierres et les cailloux surchauffés répandus sur le sol qui forment le pavage de cette fournaise volcanique. Un essai fut fait pour noter la chaleur; le thermomètre avait été placé pendant quelques secondes au dessus des cailloux jusqu'à ce que les soudures d'étain qui le couvraient commençassent à fondre. On nota alors que cet instrument marquait 282°; le Dr. Hocken pense que le chiffre réel du calorique dépasse 400°. Les »fire-walkers", »marcheurs sur le feu", au nombre de sept ou huit, s'approchèrent en file indienne en marchant sans précipitation autour et sur les bords du cratère. Le conducteur des indigènes demeura une seconde ou deux et même une demi-minute sur les cailloux. Des débris de feuilles de guimauve étaient amoncelés autour du foyer formant des nuées de vapeur, au milieu de celles-ci les naturels s'assirent ou se tinrent debout. Ces individus furent soigneusement examinés par les Drs. Hocken et Colquhoun avant et après cette cérémonie. Le feu ne leur avait causé aucun préjudice; la plante des pieds n'était pas abimée; rien enfin ne aissait avoir souffert et aucune préparation spéciale n'avait préservé leur corps aussi les deux médecins ne savent-ils comment expliquer ce phénomène quasi-miraculeux.

DIE PEST IN BERICHTEN DER LAIEN UND IN WERKEN DER KÜNSTLER.

Von Dr. GEORG STICKER.

Privatdocent der Medicin an der Universität Giessen.

Eine Vergleichung der Pestschriften, welche von Aerzten verfasst sind, mit den Ansichten von der Seuche, welche Laien hinterlassen haben, fällt nicht immer zu Gunsten der ersteren aus. Es gab Zeiten, wo den Aerzten jeder wahre Begriff der Pest abhanden gekommen war, wo Laien ihn retteten. Die wichtigste Frage, die Frage nach der Contagiosität der Pest, ist vom gewöhnlichen Volk nie verneint, stets mit Nachdruck bejaht, überhaupt erst von Aerzten als controvers erklärt und discutirt worden. Contagium und Pest sind seit den ältesten Zeiten untrennbare Begriffe. Seit der Herrschaft des schwarzen Todes heisst die Pest an vielen Orten Europas im Volksmunde schlechtweg die Contagion. Sobald ihr Andenken nicht mehr ganz frisch ist, schreiben Aerzte gelehrte Abhandlungen über ihre Nichtcontagiosität, wie sie die Ansteckliehkeit des Aussatzes zu leugnen anfangen, wo das furchtbare Uebel sich aus ihrem Gesichtskreis entfernt hat, und wie sie gegen die Ansteckliehkeit der Schwindsucht reden, wenn sie den Wald vor Bäumen nicht mehr sehen. *Puschmann's* »Geschichte der Lehre von der Ansteckung" (Wiener medicinische Wochenschrift 1895, No. 33—40) ist eine Geschichte des Irrthums und der Verblendung bei den Aerzten über die einfachsten Dinge. Unter solchen Umständen bringt der Wechsel der Zeiten natürlich herrliche Gelegenheit zu neuen Entdeckungen. Wir sind reich an unerhörten Gedanken und Beobachtungen, weil wir die Vergangenheit und ihre Geister nicht kennen oder secretiren. Geschichtskundigen Zeitgenossen mag das Büchlein des *Antonius Canestrinus*, dessen Titel die Zusammengehörigkeit der Begriffe Pest und Ansteckung neu verkündet, nichts besonderes gewesen sein. Vielen Aerzten seiner Zeit erschien es als eine Thorheit und uns ist es ein erfreuliches Zeichen des wiederkehrenden Geschmackes an vorurtheilloser Beobachtung, dass *Canestrinus* seine Abhandlung von der Pest überschreibt: »Pestis diagnosis maxime ex ejus contagio haurienda" (Salisburgi 1795).

Das Contagium der Pest wird von philosophischen Laien früh als ein materielles Wesen gedacht. »Quod contactu inficitur, necessario aliquid substantiae recipit, unde ipsum inficitur. . . . . Tangere enim et tangi nisi corpus nulla potest res." So überlegt der Cardinal *Gastaldi* (1684) unter Berufung auf den *Lucretius Carus*. Nichts anders wollen die zahlreichen Ueberlieferungen aller Zeiten sagen, in welchen die Uebertragung der Pest durch todte Gegenstände in allerlei Formen nicht selten unter den abenteuerlichsten Bedingungen wiederkehrt. Die Klage, dass das Contagium durch Bösewichte an Häuser, Geräthe und Menschen gestrichen werde und so eine absichtliche Verbreitung der Pest geschehen könne, zieht sich seit den Zeiten des römischen Consulats durch die Geschichte der Pest und ist Gegenstand peinlicher Gerichtsverhandlungen im Alterthum, im Mittelalter und noch im Beginn der Neuzeit. Für eine absichtliche Vermehrung des Pestcontagiums nach Art der heutigen bacteriologischen Züchtung giebt es in jenen Ueberlieferungen zahlreiche Beispiele.

Die Semina corporea der ansteckenden Krankheiten haben bei wenigen Aerzten des Mittelalters und der Neuzeit Vertheidiger gefunden. Nur Einzelne haben soweit voraus geahnt wie *Sarcone*, der sich das Contagium als kleinste Parasiten denkt und darlegt, dass ausser dem Feuer alles theils Leblose, theils Lebendige in der Welt wieder zum Aufenthalte und zur Nahrung von allerlei Arten von Lebendigem zu dienen scheine und dass diese, je kleiner sie wären, desto leichter von dem unentwickelten Zustande zum Leben kämen und desto schneller und unglaublicher sich vermehrten. (Trattato del contagio del Vajulo § 116, Napol. 1770); oder wie Johann Albert *Heinrich Reimarus*, der Sohn des berühmteren Hermann *Samuel Reimarus*: »Der Seuchenstoff muss etwas Lebendiges sein. Dieses mit einigen Schriftstellern Insekten zu nennen, scheint das Feine desselben nicht zu treffen und mit den Wirkungen nicht recht übereinzustimmen. Näher scheinen die Infusionsthierchen zu kommen. Indessen will ich keine vollkommene Gleichheit des Seuchenstoffs mit den Infusionsthierchen behaupten, sondern nur andeuten, dass wir noch kein anderes Wesen konnen, dessen Eigenschaften näher damit übereinkämen. . . . Kann es nun nicht noch feinere Lebendige — kaum mag sich sie Thierchen nennen — geben? . . . . . Lehrmeinungen und Muthmaassungen sind uns zum Glück nicht so wichtig, als das, was wir aus wirklichen Erfahrungen zur Anwendung nützen können. Das müssen uns aber doch gute Beobachter gestehen, dass der Ansteckungsstoff etwas Besonderes, von den allgemeinen Verderbungen der Säfte Verschiedenes sei und sich in der Art seiner

Mittheilung und in seinen Folgen von anderen Krankheitsursachen unterscheide." (*Reimarus* in seiner »Vorrede über die allgemeinen Eigenschaften ansteckender Seuchen" zu *Knigge's* Uebersetzung der später zu erwähnenden Abhandlung über die Pest von *D'Antrechaux*, Hamburg, 1794).

Während die Wissenschaft durch *Thomas Willis* (contagium explicatur exemplo florum quibus nova cerevisia fermentatur; 1650), durch *Sarcone* und *Reimarus* und weiterhin durch *Henle, Schwann, Pasteur, Koch* allmählich zur Definition und sur Sichtbarmachung des Contagiums auf mühevollen Wegen fortschreitet, hat die Praxis und vor allem die Praxis vorurtheilsfreierer Laien längst die Consequenzen der vernunftgemäss aus ihren Wirkungen erschlossenen Contagion gezogen, wie wir bald sehen werden.

Sehr scharf unterscheiden Aerzte und noch mehr Laien im Mittelalter die verschiedenen Arten der Contagiosität; die Pest wird verbreitet *contactu, fomite et ad distans*, durch die Berührung des Kranken, der Leiche und der krankhaften Absonderungen, durch Gebrauch der Gegenstände, namentlich der Kleider, welche aus der Umgebung Pestkranken stammen, und durch eine Art von Ausdünstung des Kranken. welche sich indessen nur auf geringe Entfernung erstreckt, auf einen Dunstkreis, dessen Halbmesser wenige Schritte misst. Die Uebertragung der Pest von Land zu Land geschieht durch wandernde Pestkranke (Menschen und Thiere) oder durch Verschleppung und Versendung des Fomes in verpesteten Geräth. Der Fomes kann sich monatelang und jahrelang erhalten.

Das ist in Kürze die uralte vulgäre Lehre von der Pestgefahr, welche die einsichtigeren Aerzte aller Zeiten festgehalten haben und welche nach einer kurzen aber verhängnissvollen Zeit der Herrschaft irrender Theoretiker durch die wissenschaftlichen Forschungen unserer Zeit wieder zu ihrem Recht kommt. In einem Aufsatz »über die Ansteckungsgefahren in der Pest" (Wiener Klinische Rundschau 1898 No. 10 und 11) habe ich die jüngst gewonnenen Thatsachen, welche die Verbreitung der Pest contactu, fomite et ad distans darthun und die alte Lehre aufs neue begründen und vertiefen, mitgetheilt. Als wesentlichstes Ergebniss der gesammelten Thatsachen hat die Erkenntniss zu gelten, dass die Uebertragung durch directen Contact selten, die noch nicht ganz aufgeklärte Verbreitung per fomitem häufig, die Ansteckung ad distans wohl die Regel ist und dass letztere durch thierische Pestüberträger, durch springende oder wandernde Insecten (Flöhe, Ameisen etc.) vornemlich, geschieht. So stellt sich mir wenigstens auf Grund der neuesten Forschungen und

alter übereinstimmender Thatsachen die Pestgefahr dar. Anderen anders. Die Dignität der drei Pestgefahren scheint *Victor de Bonagentibus* (decem problemata de peste, Venetiis 1556) durch die Reihenfolge zu würdigen, in welcher er sie, abweichend von den meisten Autoren, aufzählt: »pestis omnium maxime contagiosa, quae ad distans, fomite et contactu afficit".

Die Nutzanwendung der Einsicht in die Pestgefahr war nicht zu allen Zeiten dieselbe. Im Alterthum und im Mittelalter gilt die Flucht vor dem Contagium als einzige Rettung, wie schon zu den Zeiten des auserwählten Volkes: »Qui in civitate sunt, pestilentia et fame devorabuntur et salvabuntur qui fugerint ex ea". (*Ezechiel* cap. VII 15—16.) — »Wie nu solche flucht geschehen sol, leret uns fein kurtz und rund ein Distichon *Nicolai Asclepii* und heisst also:

Haec tria pestiferam pellunt adverbia tabem,
Mox longe et tarde, cede, recede, redi.

Das hab ich also verdeutscht:

Drey wörtlin klein, Bald, Langsam, Weit,
Zeigen an die flucht in Pestiszeit.
Bald mach dich auff, zeuch weit hindan,
Kom langsam wider, ist wolgethan.

Solchs verstehet jederman wol und darff keiner weiter Auslegung". (*Mattheus Flaccus Cycneus*, Ein Erinnerung, was die Oberkeit zur Pestilentzzeit bestellen sol etc. Wittemberg 1566).

Hans Folz übersetzt ein Jahrhundert früher den alten Spruch:

»fleuch pald, fleuch ferr, kum wider spot!
das sint drey krewter in der not
für all apptecken und doctor."

(Spruch von der Pest 1482 vers 57—59; abgedruckt und erläutert von Ernst Martin, Strassburg 1879.)

Die ersten Versuche der Absperrung bei der Pest wurden zur Zeit des schwarzen Todes in Oberitalien gemacht. Die ersten Quarantainen finden wir in Venedig 1422, in Genua, Marseille, auf der Insel Mallorca 1477 u. s. w. Aber erst gegen den Beginn der Neuzeit sinnen Staatsmänner auf eine consequente Abwehr der Pest. Theoretisirende Anfänge dazu finden sich bei *Victor de Bonagentibus* und *Fracastorius* (De contagione et contagiosis morbis. Venet. 1546). Deutlich und in allen Consequenzen erkennt der Cardinal *Gastaldi* die Nothwendigkeit einer Sanitätspolizei: »Magistratus morbos contagiosos novisse debent, ut civitates ab

illis liberare possint." (Tractatus de avertenda et profliganda peste politico-legalis; Bononiae 1684). Die durch *Gastaldi*'s grosse Bemühung entstandene wissenschaftlich begründete und praktisch erprobte Pesthygiene bearbeitet systematisch der Archaeologe und Bibliothekar *Muratori* (Del governo della peste e delle maniere di guardarsene. Trattato medico-politico ed ecclesiastico. Modena 1714).

Durch die Irrlehren der französischen Schule des 18. Jahrhunderts, besonders durch das Gutachten der Pariser medicinischen Facultät zur Zeit der provencalischen Pest (1722), ging die wohlthätige Institution des italiänischen Cardinals wenigstens zum Theil verloren, bis in unseren Tagen die Bacteriologie die Thatsache des Contagiums auch den hartnäckigsten Zweiflern darthut und die Rückkehr zu einer sachlichen Auffassung der Pestgefahr und zu ihrer rationellen Abwehr vorbereitet. Inzwischen verhallten wirkungslos die Lehren, welche hervorragende Laien aus der unmittelbaren Erfahrung zogen und ein so unvergleichliches Buch wie das des »Herrn *von Antrechaus*, Ritters des Orden vom heil. Michael und damaligen ersten Bürgermeisters in Toulon: Merkwürdige Nachrichten von der Pest in Toulon, welche im Jahr 1721 daselbst gewüthet hat" wurde zwar von einem Laien *Adolph freyherrn Knigge* aus dem Französischen übersetzt und nebst der Vorrede eines Naturforschers des *Joh. Alb. Heinrich Reimarus* (Hamburg 1794) herausgegeben, aber von den Aerzten der damaligen und der späteren Zeit nicht gewürdigt. *Griesinger*, der unserer Zeit in der Wiedererkenntniss des Contagiums und in der Forderung der darauf zu gründenden Seuchenpolizei voraufgeeilt war, hat weder *D'Antrechaux* noch *Gastaldi* gelesen; er würde sonst erstaunt gewesen sein vor dem grossen Blick dieser Männer und die Worte, dass aus den älteren Pestschriften wenig zu lernen sei, dass sie sich vorzüglich mit Hypothesen über den Ursprung der Krankheit und mit Arzneiformeln beschäftigen, nicht geschrieben oder wenigstens auf die Aerzte beschränkt haben.

Eine besondere Consequenz gründlicher Einsicht in die Pestgefahren ist von allen bisherigen Bekämpfern der Pest übersehen und erst in der Venediger Conferenz (1897) besonders durch *van Ermengen* gezogen worden: die Abwehr der Pest durch Bekämpfung der Rattenpest, welche der Pestverbreitung unter den Menschen vorherzugehen pflegt: Non seulement ces animaux entretiennent et propagent la contagion au sein des agglomérations, mais ils peuvent l'importer à bord des navires et introduire ainsi le fléau jusque dans les contrées les plus éloignées. Il faudrait dès lors s'efforcer de les détruire radicalement et considérer comme dangéreux les objets et les mar-

chandises souillés par les excréments et les cadavres de ces animaux."

Wenn man an Stelle der Excremente die Ratten selbst und ihr Ungeziefer setzt, dann ist der Satz wohl correct.

Der Zusammenhang der Pest unter den Menschen mit verheerenden Seuchen in der Thierwelt besonders in den Geschlechtern der Ratten ist eine uralte Beobachtung. Ich habe in meinen erwähnten Abhandlung einige Belege dafür gebracht, welche sich leicht vermehren lassen.

Einen besonders interessanten Beitrag zur Geschichte der Rattenpest veröffentlicht *Alexander Rogers* in dem Indian Magazine and Review (The Indian Lancet, feb. 1. 1898.) mit einem Auszug aus der Autobiographie des Kaisers *Dschihangir*, welcher vor ungefähr 520 Jahren einen Pestausbruch in Agra und im Nordwesten Indiens erlebte. Im 13. Jahr seiner Regierung »herrschte die Pest (Táün) in der Hauptstadt Agra mit Uebermacht, so dass an einem Tage ungefähr hundert Menschen daran starben. In den Achselhöhlen oder in den Leisten oder am Halse erschien eine Beule und tödtete den Befallenen. Nun wüthet sie schon im dritten Jahr während der kalten Jahreszeit und verschwindet mit dem Beginn der Sommerhitze. Es ist merkwürdig, dass in den drei Jahren die Ansteckung zu allen Städten und Dörfern in der Nachbarschaft von Agra getragen worden ist, während keine Spur davon sich in Fattepur (Sikhri) zeigte und in der Entfernung von zwei und ein halb Kos von Amanabad bis Fattepur. Die Bewohner des befallenen Platzes haben ihre eignen Wohnungen verlassen und sind in andere Dörfer gezogen" . . . . .

»Die Tochter des verstorbenen Asaf Khan, welche in dem Hause des Abdullah Khan, des Sohnes des Kani Azam, lebt, erzählte mir eine merkwürdige und wunderbare Geschichte, von deren Wahrheit ich mich durch genaue Nachforschungen überzeugt habe und welche ich ihrer Seltsamkeit wegen aufschreibe. Sie sagte, dass sie eines Tages im Hofe ihres Hauses eine Maus sah, welche in einem verwirrten Zustand hinfallend und sich wieder erhebend umhertaumelte. Sie rannte wie ein betrunkener Mensch nach jeder Richtung und wusste nicht wohin. Die Frau sagte zu einer ihrer Sclavinnen: Greif sie am Schwanz und wirf sie der Katze vor. Die Katze sprang vergnügt von ihrem Platz und nahm die Maus in ihren Mund, liess sie aber sofort wieder fahren und zeigte Abscheu vor ihr. Allmählich sah die Erzählerin einen Ausdruck von Schmerz und Qual in ihrem Gesicht. Am anderen Tag war sie fast todt, als der Erzählerin einfiel ihr etwas Theriak (tiryak-i faruk) zu geben. Als man der Katze den Mund öffnete, erschienen Gaumen und Zunge weiss. Sie blieb drei Tage in einem elenden Zustand und am vierten Tage kam

sie zum Bewusstsein. Darnach erschien die Saat der Pest (Danah = bubo) bei einer der Sclavinnen und die fand in grosser Fieberhitze und einem zunehmenden Schmerz keine Ruhe. Sie wechselte die Farbe, wurde gelblich, fast weiss, und ihr Fieber war hoch. Am anderen Tag wurde sie frei vom Fieber und starb. Sieben oder acht Leute des Hauses starben in gleicher Weise und einige andere wurden krank. Am Tage ging ich von jenem Platz zum Garten; diejenigen, welche krank waren, starben im Garten; am Platz selbst erschien die Pest nicht mehr. Kurz, in der Zeit von acht oder neun Tagen waren siebzehn Leute Reisende auf dem Wege ins Nirwana. Weiter sagt die Erzählerin: »Wenn ein Kranker, an dem die Beule erschienen war, eine andere Person um Wasser zum Trinken oder zum Waschen bat, so wurde auch diese immer von der Ansteckung ergriffen und zuletzt war die Furcht so gross, dass Niemand mehr den Kranken sich nähern wollte."

Wir haben hier aus dem Munde einer Frau, durch zweite Person vermittelt, ein so deutliches und durch besonders scharfe Züge ausgezeichnetes Bild der Pest, dass wir nur wenig hinzufügen müssten, um es zu einem vollständigen zu machen.

Die schlichte Erfahrung bleibt immer die treueste Lehrerin. Aller Irrthum in der Lehre von der Pest ist stets von Aerzten erzeugt worden, welche über die Pest schrieben, ohne sie gesehen zu haben, weil sie entweder überhaupt keine Gelegenheit dazu hatten oder die Gelegenheit stolz vermieden oder durch den Nebel einer vorgefassten Meinung ihren Gegenstand verhüllten. Die beste ärztliche Beanlagung kann der Erfahrung nicht entrathen, wie ja sogar die »Intuition" des Dichters und des bildenden Künstlers von der Selbererfahrung oder von treuer Überlieferung befruchtet sein muss, wenn sie Naturwahres hervorbringen soll. Es kann Jemand ein hervorragender Arzt und Dichter zugleich sein und von Dingen, z. B. von der Pest, die er nicht erfahren oder erkundet hat, die irrigste Vorstellung haben. So *Herrmann Lingg.* Das schöne Bild des schwarzen Todes auf sausendem Ross, welches er uns vor Augen führt, ist leider ein Unding, wie *Höniger* schon bemerkt hat.

»Es hilft euch nichts, wie weit ihr floht,
Mein sausend Ross geht weiter,
Ich bin der schnelle schwarze Tod,
Ich überhol' das schnelle Bot
Und auch den schnellsten Reiter."

Der schwarze Tod war nicht schnell; er zog langsam, schleppend

langsam seinen grauenvollen Weg: »lente diffundebatur", ... »serpendo", ... »serpentino modo gradiebatur", heisst es in den Chroniken; »ut videretur non aër sed persona de loco in locum pergens gladioque feriens", sagt ein Necrologium des 14. Jahrhunderts. Er brauchte im Jahre 1349 ein halbes Jahr um von Strassburg nach Köln zu kommen, also etwa 36 geographische Meilen auf der Landstrasse zurückzulegen. Schneller ging er freilich auf dem Wasserwege, wo ihn Handelsschiffe trugen. So war er schon lange von den Hafenplätzen des Mittelmeeres an die französische Nordküste, nach England und Scandinavien gelangt, um von hier aus die deutsche Nord- und Ostküste zu erreichen, ehe er auf dem Landweg vom Süden her nach Mitteldeutschland hatte dringen können.

So zog die aegyptische Pest vom Jahre 263, welche *Dionysius* in Alexandrien beschreibt, als eine »serpens morbi contagio"; so zog auch die grosse Pest zur Zeit *Justinians* des Ersten, die im Jahre 541 für die Mittelmeerküsten vom aegyptischen Deltalande in Pelusium ihren Ausgang nahm, mit träger Langsamkeit über die Länder; 5 Jahre gebrauchte sie, um westwärts an der Nordküste Afrikas entlang bis zu den Säulen des Herkules und ostwärts über Palästina, Syrien, Griechenland (542), Italien (543), Gallien (545), endlich nach dem linken Rheinufer bis Mainz und Bingen (546) vorzudringen. Und nicht schneller geschah die verheerende Ausbreitung der Pest tausend Jahre später, anno 1529, in Italien; denn ausdrücklich berichtet *Fracastori*: »Contagiosa haec febris, sed *non celeriter*, nec fomite et ad distans, sed tantum per tractationem infirmi". Und *Victor de Bonagentibus*: »Fermentum pestium Aegyptiis et Indis refertur; seminarium per incautos aut pravos homines de una regione et civitate in aliam apportatur, longe lateque *serpens*".

Nur wo der Pest Dampfschiffe und Eisenbahnen zur Verfügung stehen, wie heute in Vorderindien, da macht sie rasch und plötzlich ihre Aussaaten, die aber freilich wieder nur langsam wachsen und reifen. Wie *Lingg*, und vielleicht durch ihn verführt, hat *Böcklin* in seinem jüngsten Gemälde, auf welchem die drei grossen Vertilger, Pest, Hunger und Krieg ihren Mordzug über das Land machen, der schleichenden Mörderin ein sausendes Ross gegeben.

Im Gegensatz zu solchen Abweichungen von der Wirklichkeit finden wir in zahlreichen anderen Werken der Kunst eine packende Lebenswahrheit bei der Darstellung der Pest.

Henry Meige hat unlängst in La Nature (No. 1245, 25e année; 10 avril 1897.) der »Peste dans l'Art" eine interessante Studie gewidmet. »Il n'est peut-être pas de maladie dont le dossier icono-

graphique soit plus richement documenté; le nombre des oeuvres artistiques qu'elle a inspirées se chiffre par centaines; les meilleures datent des époques où le fléau fut le plus désastreux."

Das Alterthum hat, wie *Meige* berichtet, keine Werke, in welchen die Pest vom bildenden Künstler dargestellt wäre, hinterlassen. Im Mittelalter, in der Renaissance, bis zum vergangenen Jahrhundert werden realistische und dramatische Scenen aus der Pest um so häufiger von der Kunst verwehrtet. Wie diese Werke der Kunst wiederum der Wissenschaft werthvoll werden, haben *Charcot* und *Paul Richer* überzeugend dargethan. (Les Difformes et les Malades dans l'Art. Chap. Pestiférés). Die Bildnisse des *heiligen Rochus*, des Schutzpatrons wider die Pest, welche seit dem 14. Jahrhunderte von Malern und Bildhauern geschaffen werden, tragen vielfach die naturwahren Stigmata der Pestkrankheit: Pestcarbunkel; Bubonen in der Leistengegend, mitunter exulcerirt, mitunter tief incidirt; lymphagitische Hautveränderungen. Besonders die Meister in Venedig, welches sich in wiederholten verheerenden Pestseuchen unter den Schutz des hl. Rochus gestellt hatte, geben realistische Darstellungen; so *Carlo Crivelli, Bartolomeo Montagna.*

Soviel ich sehe, stehen ihnen übrigens die deutschen Maler darin nicht nach. Man betrachte die Darstellungen des hl. Rochus durch die altkölnische Malerschule unter dem Einflusse des *Hubert* und des *Johann van Eick* (Kölner Museum u. s. w.).

Ein überraschend sorgfältiges Studium zeigt die kleine Statue von bemaltem Holz im Besitze des Professor *Pierre Marie*, welche zu Ende des 15. Jahrhunderts, höchstwahrscheinlich in Köln oder in der Nähe dieser Stadt, gebildet worden ist.

Il Morbetto *Raphael's*, durch einen Stich von *Marco Antonio* vervielfältigt und allgemeiner bekannt entbehrt charakteristischer Einzelnheiten, welche sich um so mehr in den Gemälden *Tintorettos* finden, die nebst den Werken anderer Künstler in der St. Rochuskirche zu Venedig an die Epidemien des 13 bis 17. Jahrhunderts anknüpfen. Die Hülfe des *Karl Borromaeus* während der grossen Pest von Mailand ist die Anregung zu bedeutenden Bildwerken *Vanni's, Cigoli's, Gossi's, van Loo's, Lemonier's, Guérics, Puget's* (bas-relief in der Santé zu Marseille) geworden.

Die Pest von Siena hat *Vanni* gemalt. Die Pest von Florenz im Jahre 1348, welche *Boccaccio* in der Einleitung zum Decamerone ergreifend schildert, ist von mehreren Malern dargestellt worden. *Micco Spadaro* (1612—1679) hat eine Reihe grosser Compositionen hinterlassen, welche die Pest von Neapel 1656 mit erschütternder Wirklichkeit vor Augen führt.

Im Louvre ist ein Pestgemälde von *J. van Oost*, dem Aelteren, im Museum von Nancy eins von *G. de Crayer*. *Rubens* hat die Hülfe des hl. Franciscus von Paula in der Pest, (Münchener Pinakothek), und des hl. Rochus (St. Martinkirche in Alost in Belgien) verherrlicht.

Zahlreiche Gemälde französischer Meister nehmen sich die Pest in Marseille vom Jahre 1720 zum Vorwurf; *J. F. de Troy* und *Guérin* schildern die Scene, wie der tapfere *Rose* von den Galeerensclaven die Pestleichen in das Meer werfen lässt; *François Gérard* und *Mansiau* verherrlichen den Opfermuth des Bischofes *Belsunce*; *David* stellt den hl. Rochus als Hülfebringer der Pestkranken dar.

Ein Gemälde *Poussins* in der Galerie Czernin zu Wien ist ebenfalls der Pest von Marseille gewidmet. Sein Meisterwerk aber ist die »Pest der Philister" im Museum des Louvre, nach einer Schilderung des *Ambroise Paré* entworfen.

Bemerkenswerth ist die Darstellung der zahlreichen Ratten auf diesem Bilde, welches als guter Stich in der Calcographie du Louvre (No. 710) käuflich ist. (hieher Figur.)

Die wundervolle Composition *Pierre Mignards*, die Pest von Epirus, wurde wahrscheinlich durch die bekannte Stelle im 6. Buche des *Lucretius Carus* (de natura rerum) angeregt. Im Vordergrund des Bildes fällt ein Arzt, welcher eben einen Bubo mit der Lanzette geöffnet hat, dem heimtückischen Feind, den er bekämpft, selbst zum Opfer. Derselbe *Mignard* hat ein Bild »Saint Charles communiant les pestiférés" hinterlassen.

Aus unserem Jahrhundert stammt das Gemälde von *Gros* im Louvre: »Les pestiférés de Jaffa", auf welchem der General Bonaparte den Achselbubo eines Pestkranken prüfend berührt.

Die vorstehende flüchtige Aufzählung von Werken der Kunst, welche Scenen aus der Pest darstellen, genügt, um die Bedeutung von Kunstwerken als historischer Denkmäler der Pathologie auch für die Pest zu erweisen. Es ist kein Zweifel, dass darin mitunter Werthvolleres geschöpft werden kann als in den Aussprüchen der Zunftgelehrten. In den »Acta Collegii medicorum" der Giessener Facultät (fascic. I No. 25) vom 24. Januar 1766 lese ich: »Der Herr Prof. *Hebenstreit* behauptet in seiner Anthropologia forensi, dass die Erdbeben eine Ursache zur Pest abgeben könnten, weil sie öfters zu gleicher Zeit vorhanden gewesen wären. Da aber bei dem Erdbeben nur die Schwefeldämpfe befreijet worden, die ein Mittel wieder ansteckende Krankheiten sind; so hat man beide genannte coëxistirende Uebel vielmehr als eine Folge der vorhergehenden ausserordentlichen Hitze anzusehen, wodurch das Gleichgewicht der ober-



Bonner Lichtdr.-Anst.

Die Pest der Philister.

und unterirdischen Luft aufgehoben: also zu dem Erdbeben in gleichem zur Fäulniss der Säfte der Thiere Gelegenheit gegeben wird". Vierzig Jahre vorher war das Buch des Bürgermeisters *D'Antrechaux*, mehr als achtzig Jahre früher das Werk des Cardinals *Gastaldi* erschienen und vielleicht dreitausend Jahre zuvor das erste Buch Samuels geschrieben, aus welchem Gasparo *Poussin* hundert Jahre vor jener nebelhaften Berathung des Collegium medicorum die wichtigste epidemiologische Thatsache in der Pest für sein Gemälde geschöpft hat.

VARIÉTÉS.

La Pratique aux Indes et en chine.

Un hôpital tropical. Un rédacteur de »The hospital" mentionne une disposition nouvelle du nouvel hôpital général pour les Européens à Calcutta. C'est un système spécial de ventilation pendant la saison chaude et pluvieuse au moyen de l'air froid et sec. On est arrivé ainsi à abaisser la température de plus de 10° et à réduire l'humidité de 90 pour cent à environ 60 %. Sans doute une belle occasion pour la pratique médicale.

Quant aux difficultés d'exercer la profession chez les indigènes »The hospital" donne l'extrait d'une lettre d'un confrère de Bombay, où nous relevons ces mots. »Souvent quand nous faisons nos visites d'inspection aux indigènes nous trouvons le chef de la maison aiguisant un énorme couteau, sur lequel il a juré à ses voisins de poignarder le premier docteur étranger qui entrerait dans sa demeure. Dans un village que nous voyions, plus de 300 habitants avaient disparu à notre approche dans des cachettes d'où ils sortaient dès que notre visite fut faite. Pouvions nous ainsi recourir à un examen de force? Cela aurait été pareil dans une expédition en Afrique. Aussi nous nous en retournons avec notre travail seulement à moitié fait.

Réforme médicale en Chine. Si la Chine est un pays charmant . . . ., ce n'est pas lorsqu'il s'agit de médecine; il y règne une ignorance crasse doublée d'une thérapeutique insensée, où les nids de guèpes, la peau d'éléphant, les nids d'hirondelles, la graisse de petits chiens etc. jouent un rôle prépondérant. Un vent de réforme souffle en ce moment sur tout cela et les médecins d'occident commencent à faire prime et à être encouragés officiellement et peut-être un grand nombre de jeunes chinois viendront-ils apprendre en Europe l'art médical.

On commence à croire que cela sera nécessaire. Or, l'office de santé de Hong-Kong a permis à l'hôpital »the Tung Wah" d'établir un quartier distinct pour la réception des pestiférés qui peuvent à leur choix, être soignés par des médecins chinois ou par des praticiens étrangers. On a pu comparer ainsi les méthodes de traitement et constater que la mortalité était plus du double chez les malades traités par les médecins chinois.

LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA LÈPRE.

PAR LE DR. EHLERS (*de Copenhague*).

Avant la conférence internationale sur la lèpre (Berlin, octobre 1897) j'adressai en ma qualité de secrétaire général de ladite conférence, des lettres circulaires à des léprologistes connus dans les différents pays, en leur demandant de vouloir bien nous fournir des rapports sur l'extension de la lèpre dans leurs pays respectifs. La plupart de ces collègues ont déployé un zèle tout à fait admirable pour répondre à nos questions, et l'office sanitaire impérial de Berlin nous a fourni par voie diplomatique des rapports pour les pays, dans lesquels nous ne connaissions pas de correspondants. Tous ces documents précieux ont été publiés dans les: »Mittheilungen und Verhandlungen der wissenschaftlichen Lepra-conferenz zu Berlin" I—III (*Aug. Hirschwald*) en formant un trésor des plus riches pour nos connaissances actuelles sur la pathologie de la lèpre. Car il va sans dire, que les correspondants se sont rarement bornés à ne livrer que des statistiques sèches; les rapports sont extrêmement riches en remarques et considérations sur l'étiologie et la pathogénie de la lèpre.

Mais les lecteurs de »Janus" doivent se contenter d'un aperçu sur la distribution géographique de la lèpre, pour lequel je me servirai en première ligne du résumé merveilleux, que nous a fourni Mr. *Kübler*, conseiller gouvernemental à l'office sanitaire impérial (III vol. p. 1) en y ajoutant quelques rares corrections suivies de considérations critiques sur la valeur des renseignements statistiques de quelques correspondants.

La lèpre est répandue sur tout le globe; elle ne respecte ni climat, ni terrain, ni différences de race. Elle se manifeste partout comme maladie infectieuse chronique, qui se propage par les voies de communication de l'homme. Le fléau possède son plus grand foyer en

ASIE.

Le récensement de l'année 1891 constate la présence dans les Indes anglaises de 114239 lépreux, ce qui donne une proportion de $^1/_2$ par mille. Il y avait dans

la présidence de		Bengalie	0.51	pro	mille
»	»	» Madras	0.37	»	»
»	»	» Bombay	0.47	»	»
»	»	» Burmah-inférieur .	0.63	»	»

la présidence de Burmah-supérieur .	1.18	pro mille
» » » Mysore et Coorg .	0.16	» »

Parmi les districts considérés séparément, Bankoora et Berbhoom en Bengalie, avaient 3.63—3.52 pro mille (Report of the Leprosy Commission in India-Londres 1893). L'île Ceylan a environ 2000 lépreux (1.1 pro mille).

La lèpre a également une grande extension dans l'Indo-Chine surtout au Siam (*Deuntzer* I. 4 p. 154) ainsi qu'en Annam et au Tonkin (*Boinet* III p. 147). La note que nous lisons dans l'excellente monographie de *v. Bergmann*, d'après laquelle Hanoï, la capitale du Tonkin (100.000 habitants) serait tellement infestée de la lèpre, que la moitié des habitants en souffrirait, est pourtant basée sur une erreur. *Boinet* raconte sa visite dans le village des lépreux, qui est situé à 2 kilomètres hors la ville de Hanoï; c'est dans le village des lépreux et non pas dans Hanoï même que la moitié des 400 habitants sont lépreux.

Dans la Malaisie la maladie a son siège principal dans l'île de Java avec Madoera ainsi qu'à Sumatra et Bornéo.

Broes van Dort (I 4, p. 3) rapporte, que la propagation de la maladie est due surtout à l'immigration des Chinois.

Il y a dans

la Java centrale	30—38	malades.
» Java occidentale	42	»
» Java orientale.	2703	»
sur la côte Est de Sumatra env. .	1000	»
» » » Ouest » » . . .	156	»

Dans l'île de Java la maladie a pris des proportions dangéreuses, du jour où les Hollandais introduisirent la civilisation européenne; car autrefois les indigènes tuaient les lépreux ou les exposaient pour les laisser périr par manque de nourriture. Parmi les Moluques les îles Amboina et Ternate, sont surtout ravagées.

Nous sommes sans renseignements sur les Philippines; nous savons seulement, qu'il y a des hôpitaux de St. Lazare, à Manille. C'est des Philippines qu'est parti, il y a une cinquantaine d'années, la contagion, qui a frappée la patrie sur la côte entre Valence et Alicante, d'où elle a été transportée plus récemment encore en Algérie.

En Chine *James Cantlie* nous apprend, que la lèpre est centralisée dans les provinces Sud-Est, Kouang-tong et Fokien; les provinces du Nord, surtout le Petschili et la Mandschourie sont exemptes de lèpre. (Le réferent sait pourtant, qu'il y a une léproserie à Peking.) Mais tout le danger d'infection par émigration est là; car les $^3/_4$

de tous les »coolies" émigrants sortent de ces provinces du Sud-Est, et ce sont eux, qui ont infesté la péninsule de Malacca, la Malaisie néerlandaise, espagnole et portugaise ainsi que les îles Sandwich. Rien que sur l'île de Hongkong on a observé de 1888 à 1895 au moins 600—700 lépreux.

Les gouvernements interessés feront bien de demander des mesures contre l'émigration des lépreux chinois *via* Hongkong.

Le gouvernement chinois isole les lépreux dans des quartiers isolés des villes et subvient à leurs besoins.

Le Japon est très ravagé par le fléau (*Kitasato* III, p. 267).

D'après la dernière communication officielle (Office sanitaire impérial de Berlin) il y aurait plus de 22.000 malades également répartis dans tout l'Empire; la lèpre se montre tant sur les côtes, que dans les montagnes.

Nous savons très peu sur l'apparition de la maladie dans l'Asie centrale (*Raemdonck*, I 4, p. 127).

Dans la Sibérie elle ravage le Kamtschatka et sévit chez les Iakoutes, chez lesquels *Smirnov* constata dans le district de Wilnisk en 1891 77 malades dans une population d'environ 70.000 habitants.

Pour la Perse nous sommes forcés de nous contenter des renseignements, qu'on trouve chez *Hirsch*. Il dit, que la maladie ne se rencontre que dans quelques districts des montagnes Irak Adschemi à l'intérieur du pays, dans la province de Kohistan, qui est près du Beloudschistan ainsi que dans la province Azerbeidschan, qui avoisine la Russie.

Le Turkestan — d'après les recherches de feu M. *Münch* — souffre tant de la maladie qu'elle a attaqué 1 pour mille voire même dans quelques districts 1 p. ct. des habitants.

Dans la Turquie asiatique la maladie est répandue tant dans la Mésopotamie que dans la Syrie, l'Arabie et l'Asie mineure. D'après l'opinion de *v. Düring* (I 4, p. 12) il y aurait 1 p. mille de lépreux dans cette dernière presqu'île.

Océanie.

La maladie a surtout été importée par les Chinois.

Dans la Nouvelle-Guinée au dire de *Davidson* elle est loin d'être rare.

Sur le continent australien la maladie d'après *Ashburton Thompson* (I 4, p. 162) a été observeé à Victoria, à la Nouvelle Galles du Sud et à Queensland. Dans la Nouvelle Galles du Sud il y avait le 1 janvier 1895 selon une communication officielle 40 lépreux.

La lèpre se rencontre en outre dans la Nouvelle-Zélande, dans les îles Samoa, ainsi que dans les Nouvelles Hébrides.

Dans la Nouvelle-Calédonie la maladie s'est répandue d'une façon tout à fait alarmante (III, p. 147). Après l'insurrection de 1878 les tribus de la côte Ouest ont été dispersés et propagèrent la maladie par toute la colonie. *Grall*, chargé d'examiner 1600 Canaques, en trouva 260 entachés de lèpre et 80 suspects. En 1886, d'après *Grall*, le nombre des Européens atteints par la contagion était de 6; trois ans plus tard, il était de 40, et l'auteur estime que ce chiffre est au-dessous de la vérité. Il y a environ 4000 Canaques atteints de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. Les léproséries sont au nombre de trois. La lèpre fait des ravages énormes à Taïti. Les lépreux de cet archipel sont internés à la léprosérie des îles Marquises, qui contient environ 400 lépreux.

Dans les îles Fidji il y a 1 p. ct. de lépreux, mais c'est encore pire aux îles Marshall, où 250 des 4000 habitants, soit 6 p. ct. de toute la population, sont attaqués par le mal. (*Baessler* I 4, p. 138.) Dans le district allemand Jaluit, qui se trouve là, il parait pourtant que la maladie est moins fréquente. (*Schwabe.*)

Il est de notoriété publique, que la maladie a une extension formidable dans les îles Sandwich, où un dixième des revenus de l'Etat sont employés pour l'entretien des lépreux. *Ashburton Thompson*, qui a fourni (III p. 270) des recherches critiques sur l'état, raconte une histoire caractéristique sur quelques hommes, qui mangeaient du »Poi" (sorte de gruau fait avec le rhizome de l'*Arum esculentum*) en compagnie avec des tubéro-lépreux. On mange son »Poï" en trempant les dix doigts dans le gruau pour les lècher ensuite. Au fonctionnaire, qui reprocha aux personnes saines leur promiscuité avec des malades souffrants de cette vilaine maladie, on répondit: »La maladie, que tu appelles vilaine, je l'appelle bonne; car si je l'attrape, je serai admis à l'asile et n'aurai plus besoin de travailler". *Ashburton Thompson* tâche de faire la revision des renseignements sur le nombre des fonctionnaires sains contaminés dans la léproserie de Molokaï. Il constate, que pendant les dernières 30 années 51 »Kokuas" (assistants des lépreux) ont été infectés; parmi eux les célèbres moines P. Damien et P. Grégory (II p. 293). Parmi les aborigènes de l'île, »Kamaainas" on en connait 6, qui ont été infectés. La léprosérie a une situation isolée dans l'île. *Arning* croit, que 3 p. Ct. de toute la population sont attaqués par le fléau. On a soigné dans la colonie, qui s'appelle Kalapaupa, dans l'île de Molokaï dans l'espace de 1866—95 un total de 6025 lépreux; et l'isolation est pourtant loin d'être effective.

Afrique.

L'Egypte est connu comme un vieux foyer de la lèpre. Le récensement officiel, qui a été effectué par *Engel Bey* en 1883 (I 4 p. 129) donna comme résultat un total de 2204 lépreux, mais *Engel* déclare ce nombre tout à fait insuffisant; il doit être estimé à plus de 3000. La maladie est surtout répandue dans le Delta du Nil et autour du Haut-Nil. La maladie se rencontre également en Abyssinie, au Darfour et sur toute la côte Est de l'Afrique.

Il y a dans l'île de la Réunion une léproserie, dans laquelle le nombre des malades oscille entre 70 et 100 (*Brassac*). A Madagascar la maladie fait des progrès depuis que les vieilles lois d'isolement sont tombées en désuétude. (*Jeanselme* III p. 146). On la trouve également à St. Maurice, Ste Marie et dans les îles Seychelles.

Dans l'Afrique allemande la maladie est moins répandue sur la côte qu'aux environs des grands lacs, ou elle se rencontre de préférence dans quelques îles du Victoria Nyanza (*Schön* I. 4 p. 207).

Dans l'Afrique méridionale la maladie d'après *Impey* (I 4. p. 30) a augmenté beaucoup depuis 50 ans.

Il y a dans la colonie du Cap	812	malades.
en Griqualand-Est et dans le district transkeïan . .	650	»
» » Basutoland	250	»
» » Betchuanaland . . .	10	»
au Natal	200	»
en Orange	150	»
et au Transwaal	105	»

L'Afrique allemande du Sud-ouest semble indemne (*Schön* I 4. p. 207). La maladie se rencontre dans l'Etat du Congo mais on croit, qu'elle n'y a pas une très grande extension; le plus grand nombre des cas s'observe au Bas-Congo (*Bayet* I 4. p. 125). Elle est inconnue dans le Kaméroun. L'embouchure du Niger serait également indemne de la maladie; mais on la retrouve sur la Côte d'or (*Davidson*), dans la Sierra Leone, dans la Senegambie et aux Iles canaries (*Bayet* l.c.) ainsi qu' à Madère (*Goldschmidt*). *Tonkin* n'a point observé la lèpre sur la côte entre Sierra Leone et Vieux-Calabar, tandis qu'il l'a trouvée assez fréquente autour du Haut-Niger et du fleuve de Benin. La lèpre est très répandue dans le Maroc et en Algérie: *Gémy* et *Raynaud* ont observé 58 malades (I. 4. p. 63). Une vingtaine de ces malades sont immigrés du foyer espagnol entre Valence et Alicante (III p. 140). *Arnaud* a observé des cas de lèpre à Tunis.

A suivre.

LA PESTE BUBONIQUE à DJEDDAH EN 1898.

PAR LE DR. C. STÉKOULIS.

Délégué des Pays-Bas au Conseil International de Santé de Constantinople.

Nos craintes sur la réapparition de la peste bubonique à Djeddah cette année se sont réalisées. Cette fois l'épidémie s'est manifestée avant les fêtes religieuses de la Mecque, ce qui rendait la situation bien plus dangereuse à cause de l'arrivage des pèlerins et de la possibilité de la contamination de la Ville Sainte de l'Islam au moment du pèlerinage.

Depuis le mois de Janvier, le bulletin de la mortalité de la ville a accusé une augmentation du nombre des décès. En moyenne l'office sanitaire enregistrait 100 décès par mois; en Janvier il y en eût 130, en Février 120, en Mars 230, en Avril 210 et en Mai 130. Cette augmentation de la mortalité, due principalement à la pneumonie, a tenu en éveil l'attention des autorités sanitaires. La mortalité des rats, des chiens, des chèvres, etc. a donné encore plus de soupçon, lorsque les médecins ont constaté le 21 Mars les deux premiers cas de peste bubonique. Ces deux cas ont été suivis d'autres jusqu' au 18 Avril, date à laquelle l'épidémie a cessé, d'après les déclarations officielles.

De même qu'il a été observé pendant l'épidémie de 1897, toutes les formes cliniques de la peste ont été observées. La forme bubonique frustre, à issue toujours favorable et caractérisée par un mouvement fébrile insignifiant, céphalalgie, engorgements ganglionnaires, a été fréquemment observée. Ces symptômes ne duraient que 2—3 jours. Plusieurs malades vaquaient à leurs affaires et souvent étant sur pied ils faisaient eux-mêmes le récit de leurs symptômes.

A côté de ces cas frustres et bénins, l'on a observé des cas de forme septicémique ou septico-pneumonique à issue presque toujours fatale. Dans ces cas la maladie débutait par un frisson de courte durée, suivi d'une fièvre de 40°—41°, de céphalalgie intense, souvent de vomissements; quelques heures après, tuméfaction des ganglions, délire, pouls petit et fréquent, langue blanchâtre qui gardait les couleurs naturelles dans la ligne médiane; constipation plus fréquente que diarrhée. Le 4ème jour la température baissait pour remonter aussitôt après la suppuration des bubons. Si ceux-ci se réduisaient,

la température diminuait graduellement et le malade entrait en convalescence. Dans les cas graves de la forme septicémique, les rémissions de la fièvre étaient insignifiantes, les symptômes nerveux plus accentués, la diarrhée fréquente, le gonflement des ganglions moins considérable, des hémorrhagies de toutes les muqueuses, et l'issue toujours fatale.

La forme pneumonique a été observée chez quelques malades qui ont présenté tous les symptômes de la peste, sauf les bubons. Ce ne fût que chez un notable Boukhariote où tout le tableau de la peste a été constaté. Les cas pneumoniques ont eu toujours une issue fatale.

Une particularité à noter pour les cas buboniques: dans les 43 cas observés par les médecins, le siège des bubons a été pour 21 à la cuisse, au dessus de l'arcade crurale, 17 à la région inguinale, 2 à la région cervicale, et 3 malades moururent subitement après avoir ressenti une forte douleur à la région inguinale sans engorgement des ganglions.

Cette préférence des bubons à se manifester dans les cuisses ne saurait s'expliquer que par le fait que dans ces parages la population généralement souffre d'ulcères dans les jambes. Elle marche à pieds nus, et cette circonstance sert de porte d'entrée au microbe. Il est du reste connu que tant en Arabie qu' en Perse surtout, la population s'empresse de se chausser aussitôt qu'une épidémie se déclare dans le pays. Une autre particularité digne de remarque, c'est la persistance de l'infiltration du tissu ganglionnaire pendant des mois entiers. Cette infiltration a été constatée chez trois personnes atteintes de la peste l'année précédente, dont l'une est le canotier de l'office de santé.

L'examen bactériologique a été fait par le Dr. Fuad bey, de l'Institut bactériologique de Constantinople et par le Dr. Bitter, du Conseil Maritime et Quarantenaire d'Alexandrie. Fait d'abord sur du pus recueilli dans les bubons, il a été négatif; mais après, le microbe de la peste a été trouvé dans le tissu des ganglions, dans le liquide péritonéal ainsi que dans la rate des souris crevées, avec bien entendu culture sur des lapins.

Nul doute que la réapparition de la peste à Djeddah est due à la révivification des germes de la maladie de l'année dernière. D'ailleurs ni la désinfection ni l'incinération des effets portés n'a pu être faite convenablement, de sorte que les germes infectants qui s'étaient assoupis pendant la saison des chaleurs et de sécheresse atmosphériques ont pu reprendre leur activité lors du retour de la saison relativement fraîche pour ce climat. Nous citerons à l'appui les

constatations faites pour les premiers cas observés par les médecins.

La famille qui a été atteinte habitait une maison qui n'avait pas été visitée par le fléau l'année passée, mais elle a acheté des effets portés, et aussitôt qu'elle en a fait usage, la maladie s'est déclarée. Il est de règle dans ces parages de se vêtir durant les fêtes des deux Baërams de vêtements neufs, que les pauvres vendent, après les fêtes, aux enchères. Les acheteurs enferment ces effets dans des caisses et les déposent soit chez eux soit au bazar dit Souk-el-Haradji, qui est composé de locaux malpropres et humides. Ces effets sont revendus à l'appoche des fêtes et c'est de ceux-ci que cette famille a acheté.

Pour toutes ces raisons, il serait oiseux de chercher la filiation de cette épidémie ailleurs que dans la ville même.

Bien que le début officiel de l'épidémie ait eu lieu le 21 Mars et la fin le 18 Avril, l'on ne saurrait fixer sa durée. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la mortalité a augmenté depuis le mois de Février et ce sont les décès par pneumonie qui en ont fourni le plus grand contingent. D'autre part, d'après les avis donnés par le consul Britannique à Djeddah, des cas isolés de peste ont été constatés jusqu' au 12 juillet dernier.

La population s'est montrée cette année, plus que la précédente, opposée à toute mesure prise par l'autorité sanitaire. Elle a dissimulé les cas et elle n'a pas permis la visite des femmes malades ni l'inspection de leurs cadavres. Les personnes ont transporté furtivement des cadavres aux terrains environnants afin de se soustraire aux mesures sanitaires, et le personnel médical a été maltraité, et même menacé de mort.

La désinfection a été incomplètement appliquée. L'incinération des effets portés n'a pas été faite, non seulement à cause du refus de la population, mais surtout à cause de l'usage en pratique dans ces parages de distribuer les effets des décédés aux voisins de façon que les médecins se sont trouvés toujours devant la cadavre nu. Il est donc facile à comprendre que l'autorité n'a pu connaître le nombre des malades ni celui des décès par la peste. Le chiffre donné par elle de 43 cas avec 8 morts causés par l'épidémie doit être quadruplé pour le rapprocher plus ou moins de la réalité. Hâtons-nous de dire que si tout a moins bien marché cette année, ce fut à cause de l'appréhension de la population de Djeddah de voir le pélerinage de la Mecque, seule ressource de son existence, manqué par suite des mesures dictées contre la ville. Elle a du

donc mettre tout en mouvement pour faire croire à qui voulait entendre que la maladie avait disparu.

Au point de vue prophylactique, l'épidémie de Djeddah de cette année a présenté des particularités dignes d'être notées. Le Conseil supérieur de santé a pris la résolution d'isoler la ville de Djeddah afin d'empêcher toute communication avec la Mecque et préserver ainsi le pélerinage. De plus, il a fait débarquer les pèlerins à un point éloigné du littoral en dehors de Djeddah, d'où ils devaient se rendre directement dans la Ville Sainte. Inutile de dire que toutes ces mesures, à part les vexations qu'elles ont causées tant à la population qu'aux pèlerins, n'ont pu répondre au but projeté.

Il est certain aujourd 'hui que directement ou indirectement la ville de Djeddah était en communication avec la Mecque. Pourtant, malgré les 80.000 âmes réunies à l'Arafat, aucun cas de peste n'a été constaté à la Mecque ni avant ni pendant les fêtes. Les immolations d'animaux ont été faites comme d'usage, et les mesures d'assainissement n'ont pas été, mieux exécutées que les années précédentes.

Faudrait-il chercher l'explication de ce fait aux chaleurs ou bien à l'immunité du sol?

Autre chose plus curieuse encore. Les pèlerins en quittant le Hedjaz se sont dispersés dans leurs foyers tant au nord qu'au sud; pourtant aucun cas de peste n'a été constaté parmi eux dans les ports d'arrivée, malgré qu'ils avaient séjourné quelques jours à Djeddah avant de s'embarquer à bord des navires à destination de leurs pays. Le pélerinage donc n'a pas été atteint de la peste et les pèlerins n'ont pas répandu la maladie au dehors. Seul, le vapeur égyptien *Makhalla*, après avoir quitté la rade de Djeddah, où il n'a pas communiqué, dit-on, a eu à son arrivée à Suez quelques cas de peste qui ont été confinés dans le bateau par les autorités égyptiennes. L'épidémie de cette année a donc été aussi bénigne que celle de l'année précédente, sans montrer une tendance envahissante.

Toutefois la ville de Djeddah ne cesse d'être suspecte de peste bubonique tant pour le présent que pour l'avenir. C'est un foyer de ce mal asiatique aux portes même de la Méditerranée, qui peut compromettre dans un moment où l'on s'attend le moins les pays indemnes avec lesquels il est en communication.

Delenda Carthago.

THE MALARIA PROBLEM IN THE LIGHT OF EPIDEMIOLOGY.

Read before "The British Medical Association", 27th July, 1898.

BY DR. A. DAVIDSON.

In what form does the plasmodium of malaria exist outside the human body, and in what way is the infection communicated to man? Is it present as a soil protozoon in malarious localities, or is it a parasite of some species of suctorial insects or of some vegetable organism peculiar to malarious districts, and by what agency or vehicle and through what port, does it effect its entrance into the economy? This, to my mind, is the malaria problem, on the solution of which depend our hopes of effectually combating this most destructive of tropical diseases.

The search for the plasmodium outside man has hitherto proved fruitless. We do not know where to look for it, whether in the soil, or in the water, or in the air, or in some animal or vegetable organism. Even if we had it under the microscope we should not be able to identify it, for we do not know in what form it may be present in the surroundings of man. We have hitherto been groping blindly after it, now in this direction, now in that, without any clue to guide us in our search for the parasite.

A vague idea associating insects with malaria may be traced in the works of the great Roman writers, Varro, Vitruvius, and Columella (a century before to a century after our era). Our own Sydenham remarked "that if swarms of insects, especially house-flies, were abundant in summer, the succeeding autumn was unhealthy". [1]) It was left to our President (Dr. Manson) tentatively to advance the hypothesis that the plasmodium is a normal parasite of the mosquito or of some other suctorial insect — "passing from mosquito to larva and from larva to mosquito in never-ending series". The pools in which the malaria-infected insects die become contaminated, and the parasite may be swallowed by man in water. "The mosquito-haunted pools dry up; the dried sediment containing plasmodia are blown about by winds and currents of air, and may thus be inhaled by man. Besides, "many mosquitos die without getting to water; all male mosquitos die without seeking water. The bodies of such mosquitos fall in time on the soil and decompose. The

1) Sydenham's Works, Sydenham So. Ed. Vol. I, page 271.

parasites they contained pass into the resting stage; and in this form they may be carried into the air by currents, or be blown about as dust, or be shaken out by man when he disturbs the soil. In this way, too, the plasmodium may find a route to man. In this way, too, we may explain the occurrence of those cases of malaria which apparently, though not really, are unconnected with swamp or stagnant water." [1]) According to this view man is an occasional host of the plasmodium, and it is removed from the circulation of this host by the mosquito, within which it develops. The human infection, however, is only an episode, so to speak, in the life-history of the parasite. Its main cycle is completed in its insect host. Ross's researches further point to the conclusion that each form of parasite has its own appropriate species of mosquito in which alone it can develop. A dapple-winged insect is believed to be the host of the crescent-forming parasite, a barred-backed one, that of the tertian parasite.

This hypothesis is clearly a good working one; for it is one which can be verified by actual observation and experiment. It gives us, just what we wanted, a clew to follow; viz., the fate of the parasite in the mosquito fed on malarial blood, and the researches of Ross, to which we have referred, justify the hope that in following this clew we shall be brought sensibly nearer to the solution of the problem, as I have stated it.

This hypothesis has given birth to others. Bignami suggests that the malaria germ, present in malarial localities as a soil parasite, is inoculated into man by the mosquito and allied species of insects which deposit their ova in water or in humid places. [2]) Koch, who fully recognises the weight of the evidence implicating the mosquito in the malarial process, and mentions the interesting fact that in a small island on the German East African Coast where there are no mosquitos there is also no malaria, believes that man is infected by inoculation. As the Texas fever in cattle is transferred from one herd to another solely by the agency of the tick, so, he supposes, is malaria propagated. The mosquito, he says, "receives the parasites, transmits them to its eggs and the young larvae, and only the next generation is able again to infect with malaria parasites."

We have thus three mosquito theories which are at present engaging attention and giving rise to researches that cannot fail to

---

1) Manson, Goulstonian Lectures, B. Med. Jnl. March 21st. 1896.

2) Annali di Med. Nav. Feby. 1897, in a notice of article entitled A proposito delle ipotesi recentemente emesse dal Manson, in Policlinico lugio, 1896.

advance our knowledge of the subject. It is not my design to discuss the comparative merits of these hypotheses. My own attitude towards them is one of hopeful expectation. We may be quite sure that if one or other has in it a basis of truth, it will have to undergo important modifications in directions perhaps little anticipated as research proceeds. I do not appear therefore, as an *advocatus diaboli* to find fault. My object rather is to enquire how far the mosquito hypothesis in any of its forms, or in some possible modification, can be made to harmonise with certain well established epidemiological facts which will find their explanation when the true solution of the problem has been found.

The facts to which I shall briefly refer are the following: 1. Epidemies of malaria resulting from soil disturbance. 2. The invasion of countries and districts previously free from the infection. 3. The extinction of malaria in countries where it formerly prevailed. 4. Slow-spreading epidemies of malaria, in which as the disease advances it dies out in the region just visited. 5. Local epidemies caused by the formation of artificial marshy foci. 6. Ship malaria. 7. The prevalence of malaria in northern latitudes at a season of the year when the temperature is under the freezing point and when insect life is in abeyance.

1. No fact in the history of malaria is better established than the frequent dependence of epidemies on soil disturbance. [1])

They may occur: *a)* in distinctly malarious countries in which the disease isendemic; *b)* in regions where malaria has been previously little known; and *c)* in localities where it has for generations been practically extinct. The instances of a marked increase in the prevalence and intensity of fever following disturbances of the soil in malarious regions such as Panama and other parts of Central America, Brazil, and Mauritius will readily occur to the minds of all familiar with

---

[1]) This proposition has lately been contested by Surgeon-Major Moore. (Ind. Med. Rec. 16th Dec. 1897), who has had the courtesy of forwarding to me his paper. I quote his conclusions *verbatim* without attempting to answer them — a task that would require too much space.

"It appears, then, that there are three distinct categories in which all the cases where soil disturbance has been accused of causing malarial fever may be placed:

(1) Where the disturbance of the soil has interfered with the subsoil drainage, and caused a marsh or an allied condition.

(2) Where outbreaks of fever have been coinincident with works executed in the soil, but not due to the simple disturbance of the soil.

(3) Where malarial fever has been caused by a specific poison, released and brought to evidence by the breaking up of the soil.

Of the cases that fall within the first category there are plenty, but as I have shown it

the subject. They could well enough be accounted for by assuming either that the mosquito-bred parasites, present in the soil in a resting form, have been "shaken out" as Manson puts it, and inhaled in the air or swallowed in water, or on the theory that a soil paraste set free by upturning the earth, has furnished an unusually large supply of virus to the inoculating insects to work with. But how are they to be explained on Koch's hypothesis?

No less numerous are the instances of very severe malarial outbreaks following soil disturbance in regions where malaria had not been previously much in evidence. I shall quote a case in point which I recently met with in Mackay's work on Formosa. "I spent" he says, "weeks with the savages in the mountains near Mount Silvia and found them generally healthy. Pepo-hoan farmers moved into the neighbourhood and began to build huts and to cultivate the land. Within one week the entire settlement was prostrated with fever in its most intense form, and the sufferings of the poor savages were sad to see". A well known instance of the same kind is that recorded by Wenzel of the severe epidemy that broke out during the construction of the harbour in the bay of Jahde on the North Sea. I mention it because there comes out in connection with it, as in many other epidemies of the same kind, a point which cannot at present be readily explained on the hypothesis we are considering. It is this: 'There is not only a corresponding increase in the average severity of the form of sickness as the summer advances, but also a preponderance of the shorter rhythms and an approximation to the continued type; while with decreasing intensity in the colder months there is a corresponding lengthening of the rhythm to tertian and quartan'. Upon the assumption that the infection is caused by the setting free of long imprisoned insect-bred germs from the soil, it is difficult to explain why the parasites of the short-rhythm fevers should monopolise the hot season, and those of the tertian and quartan the cold season respectively. They are "shaken out" of the soil, hypothetically, at the same time, yet the different parasites do not give rise to fever as they are brought to the surface, but each type appears in its regular season just as in endemic and epidemic fever not arising from soil disturbance.

---

is a misnomer to speak of them as caused by soil disturbance. Of the second class theer are also plenty: they belong to the type of the gentleman previously mentioned, who contracted the fever by digging in his garden. These cases are valueless. That malarial fever is caused in the manner specified in the third category there is no sufficient evidence to show".

Still more interesting, perhaps, are those outbreaks which have been observed to follow disturbance of the soil in connection with the making of railways, the digging of canals, the laying of gas pipes, and so forth, in regions in which malaria has been as good as extinct for many generations. Trousseau mentions several recurring outbreaks of this kind in Paris during this century. "Even here in Paris", he says, "where intermittent fevers are of such rare occurrence that we hardly know them, they have shown themselves on similar occasions, (that is on the upturning of the soil). In 1811, during the digging of the Saint-Martin canal a veritable epidemy of intermittent fever prevailed in the districts of the Temple, the Villette, and Pantin. In 1840, there was a similar outbreak when the fortifications which now surround the capital were being raised. The diggings of later years required in opening up the town by new streets and boulevards, the construction of sewers and underground passages for gas pipes, have caused numerous paludal affections; and more than one physician has been surprised by meeting with cases of pernicious fever which he was little accustomed to encounter in his practice." [1])

In the same way, ague was observed to increase to a marked extent in London, and hypertrophy of the spleen to become common in children, at the time the Metropolitan Railway was being constructed. [2]) In this kind of outbreak, too, just as in the others, all the types, quotidian, tertian, quartan are represented, and the various grades — mild, severe, and pernicious make their appearance — and follow their usual seasonal evolution. These soil epidemies are difficult to explain on any theory — perhaps, not more so on the hypotheses we are considering than on any other. I am not prepared to say that the mosquito or gnat-bred plasmodium may not preserve its vitality for many generations embedded in the soil. Of course, it has still to be proved that the plasmodium assumes a resting form. It is singular, however, to find all the forms indiscriminately "shaken out" of the soil develop one after the other in their ordinary seasonal sequence.

2. There are a few instances on record of the sudden appearance of malaria in countries where the disease was previously unknown. It will be enough to mention the disastrous outbreak in Mauritius in 1866—68, and in the island of Réunion, 100 miles to the S. W. of Mauritius in 1869.

---

[1]) Trousseau, Lectures on Clin. Med. Syd. Soc. Ed. Vol. V.

[2]) Med. Times & Gaz., Feby. 29th. 1856.

In Mauritius the infection spread slowly, *de proche en proche* — from one point to another, taking three years to complete the circuit of the island, 37 miles long by 35 broad. In Réunion, on the other hand, it appeared at a remote and isolated point having no communication with Mauritius and spread with great rapidity, surmounting mountain chains 9000 feet high, advancing against winds, and invading the whole littoral whatsoever was the nature of the soil. I have been informed that a malaria-nursing mosquito was for the first time introduced into Mauritius in or about the year 1866. If this were satisfactorily established it would afford very strong evidence indeed, in favour of the mosquito theory. Some difficulties, perhaps, not insurmountable ones, would however still remain. In Mauritius in 1866, and in Réunion in 1869 all the types and forms of fever appeared simultaneously. If the observations already alluded to, which indicate that each parasitic form requires a special host, are to be accepted, then not one but several plasmodium-bearing mosquitos must have been introduced at the same time into Mauritius, and later again into Réunion — a rather unlikely coincidence. Upon Koch's theory, if it assumes that any mosquito may serve as a host for the parasite, I see no reason why malaria should not have been introduced into *Mauritius* at any time from the period of its first colonisation, for crowds of malarious patients were constantly being introduced into the island from Madagascar and elsewhere. I shall just add, that I have never seen or read of an epidemy of malaria in which all the types have not been present, a fact which to my mind supports Laveran's view of the unity of the parasite.

The island of Rodriguez, lying 300 miles to the east of Mauritius, remains to the present day free from malaria. It would be interesting to know if any species of mosquito met with in the malarious districts of Mauritius and Réunion are absent from Rodriguez.

The instances of the sudden appearance of malaria in an isolated region in which it is not endemic, as a part of a general outbreak, are somewhat more numerous than these just referred to. They evidently present, in a somewhat different form, the same problem that meets us in Mauritius and Réunion.

Let me mention one instance in point — taking the well-known Professor Bergman of Upsala as my guide. Malarial fever is not endemic on the east coast of Sweden at any point north of Angerman river in latude 63°. In the spring of 1846 malarial fever became epidemic at the endemic foci of the disease on the east coast, not

however in the district Nyköping, an intense endemic centre, and quite close to the localities suffering from the epidemy. It also prevailed on the shores of the Mälar lake, and at some points on the Venar lake. But the remarkable fact to which I wish to direct attention is its appearance, in the spring of that year in Lulea — a marshy district at the head of the Gulf of Bothnia, close on the 66th. Parallel. We can hardly suppose that a plasmodium-nursing gnat or mosquito had been introduced in the spring of that year into a place bordering on the Arctic Circle, for the temperature at that season, in that region, is much below the freezing point and incompatable with the existence of the developed insect. It is remarkable, too, that it should have appeared there, co-incidently with its outbreak in the South, while the intermediate coast line and even noted malarious localities in the immediate neighbourhood of the epidemic centres were spared. I do not know what type or types were met with in this remote, isolated region; but it is evident that if all the types were represented, — as was the case elsewhere during this outbreak, the difficulty would be materially increased. The subsequent spread of this epidemy in the years 1847, 1848, and 1849 deserves to be carefully studied in connection with these theories.

The difficulty as to its appearance in spring may possibly be removed by considerations which will be noticed as we proceed.

3. The decline or complete extinction of malaria in countries where it formerly prevailed is an epidemiological fact of great importance in its bearing on this and kindred theories of the infection.

Malaria is now practically extinct in many parts of England and Scotland where it prevailed in the last century, and even in the early years of this century, and its disappearance has evidently followed on the drainage and cultivation of the soil. Has the drainage of marshy land led to the disappearance of some species of gnat or other suctorial insect from these localities? There are still, fortunately for science, some malarious districts in England, and it would be of extreme interest to ascertain whether any species of gnat are present in these which are not met with in non-malarious localities. Surely our Entomologists should be able to answer this question. It is said that there are nine species of gnat in Great Britain. Are any of these peculiar to malarious districts? If so, it would be desirable to repeat Ross's experiments, by feeding them with malarial blood and observing if any pigmented bodies, such as he has described are developed, in them.

To be continued.



LE DOCTEUR HUMBERT MOLLIÈRE.

Par Mr. le Dr. P. AUBERT *(de Lyon)*.

Le Docteur Humbert Mollière mort le 26 avril à l'âge de 52 ans occupait dans la médecine Lyonnaise un rang éminent. Après avoir été interne, chef de clinique, il obtenait au concours, le 5 février 1875, le titre de médecin des Hôpitaux. Depuis

cette époque adonné à la science et à la pratique, il publiait dans le *Lyon médical* dont il était un des rédacteurs les plus appréciés, de nombreux et intéressants mémoires.

Mollière appartenait à une ancienne famille de Lyon où le culte des arts et des lettres est toujours resté en honneur; il y avait trouvé dès son enfance au milieu d'oeuvres d'art, de bons tableaux et de beaux livres, l'exemple de la vertu et du devoir. Son père artiste et lettré a écrit sur la *philosophie de l'art* un ouvrage à tendances élevées. Son frère Daniel Mollière était chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Les deux frères bien que très attachés l'un à l'autre se ressemblaient peu. Daniel, nature primesautiere et main habile était né pour l'action, il mourut en 1890 à l'âge de 42 ans alors qu'il venait de publier un volume de leçons cliniques plein de vues originales. Humbert plus porté à la méditation et même à la rêverie était fait pour l'étude et s'est distingué surtout par ses travaux d'érudition.

Les lecteurs du *Janus* ont pu juger par son mémoire sur Nicolas Goddin paru dans les n^{os}. de janvier et février les qualités solides d'érudition consciencieuse, de recherche patiente, de clarté dans l'exposition qui caracterisent Humbert Mollière. Cette conscience, ce souci de l'exactitude, ont peut-être eu l'inconvenient, tout en assurant la valeur et l'autorité de ses publications, d'en restreindre le nombre. Mollière en effet, depuis de longues années, accumulait des materiaux, dont beaucoup vont rester inutilisés, sur l'histoire médicale des Gaules, les institutions hospitalières des moyen age, la topographie médicale du vieux Lyon. Il se plaisait a causer avec ses amis de ses recherches en voie d'exécution, indiquant les sources, signalant les points déjà élucidés ou encore obscurs, et ne se décidant à publier que lors qu'il jugeait son œuvre amenée à une perfection suffisante.

Ses principaux travaux ont paru, soit dans les annales de l'Académie de Lyon, soit dans le *Lyon médical*, et quelquefois avec une adaptation différente, dans les deux. Il intéressait ainsi les érudits aux choses de la médecine et les médecins aux recherches de l'érudition, cela lui constituait dans la médecine Lyonnaise une place à part que personne actuellement n'est en état d'occuper.

Mollière était membre des diverses sociétés médicales de Lyon et de plus il apportait son double concours de médecin et d'érudit à l'académie des sciences belles lettres et arts de cette ville, à la société des bibliophiles Lyonnais, à la société littéraire archéologique et historique de Lyon, à la commission des bibliothéques.

Ses publications d'archéologie et d'histoire médicale les plus importantes sont les suivantes:

1. *Un précurseur Lyonnais des théories microbiennes J. A. Goiffon et la théorie animée de la peste.*
2. *Étude d'histoire médicale. De l'assistance aux blessés avant l'organisation des armées permanentes.*
3. *Un mot d'historique sur l'ipéca. Le Maréchal de Villars et la poudre d'Helvetius.*
4. *Statistique gallo-romaine. Recherches sur l'évaluation de la population de Lugdunum et la durée de la vie chez les habitants de cette ville du Ier au IVme siècle.*
5. *Archéologie médicale. Mémoire sur le mode de captage et l'aménagement des sources thermales de la Gaule Romaine.*
6. *Fragments d'histoire Lyonnaise au XIVe siècle.* Guy de Chauliac et la bataille de Brignais.
7. *Sur une maladie épidémique et infectieuse observée à Lyon pendant les années 1633—34.*
8. *La chirurgie de guerre au XVIe siècle. Nicolas Goddin d'Arras chirurgien des armées de Charles Quint et de Philippe II, sa vie et ses œuvres.*
9. *Introduction à l'histoire des Gaulois Proto-Celtes, Celtes et Galates.*

Mollière avait une bibliothéque riche en éditions Lyonnaises des anciens écrivains sur la médecine et la pharmacie, parmi les quelles on peut citer une intéressante série d'impressions d'Etienne Dolet.

Mollière avait encore de nombreux mémoires en projet ou en préparation, il voyait arriver sans trop de regrets le terme de ses fonctions hospitalières qu'il remplissait comme il faisait tout, avec une rare conscience. Il se réjouissait même d'avance, ayant moins de fatigue professionelle et plus de loisir, de pouvoir achever ces travaux desinteressés. Rien ne lui manquait pour les mener à bien, il avait son long passé de travail, une fortune honorable, et pres de lui tous les encouragements de l'intelligence et du coeur. Une mort prématurée est venu briser tout cela, attrister sa famille et ses amis, priver les sociétés savantes dont il faisait partie et les journaux ou il écrivait, d'un concours précieux.

Les qualités de l'homme était égales à celles du savant, Mollière, avait une distinction de nature et une bonté parfaites; quoique très ferme et très arrêtè dans ses idées il était toujours affable et bienveillant, et, dans tous ceux qui l'ont connu, il n'a compté que des amis.

A Lecture on

THE EVOLUTION OF THE SURGEON FROM THE BARBER.

By Prof. Dr. ROSWELL PARK.

Prof. of Surgery, University of Buffalo. U. S.

If one attempt to scan the field of the history of medicine, to take note of all the fallacies and superstitions which have befogged men's minds, and brought about what now seem to be the most absurd and revolting views and practices of times gone by, and if one search deliberately for that which is of curious nature, or calculated to serve as a riddle difficult of solution, he will scarcely in the tomes which he may consult find anything stranger than the close connection, nay, even the identity maintained for centuries, between the trade of the barber and the craft of the surgeon. Even after having studied history and the various laws passed at different times, he will still miss the predominant yet concealed reason for this state of affairs. This will be found to be, in the words of Paget, the "maintenance of vested rights as if they were better than the promotion of knowledge". He will wonder also why women were licensed to practise surgery in the fourteenth century and prevented in the nineteenth, or why specialties were legally recognized in the sixteenth century only to lose their dignity and identity a little later.

In thus attempting to consider the relations which have existed in time past between barbers and surgeons I must ask you to remember that there was a time when bleeding was deemed necessary for the cure of almost all ailments, and that after the Church had condemned the shedding of blood by any of her officials it was most natural to turn for assistance to the barbers, who were supposed to be dexterous with sharp instruments, with basins and with towels. Thus it happened that when the barbers found themselves permitted to perform this one act they naturally ventured further and practised many parts of minor surgery independently of the ecclesiastics.

Moreover there persist to-day in Europe many relics of the old

customs, and the barber surgeon is still a common figure in Germany, and particularly in Russia, where the really educated surgeons are still too few for a vast and widespread population. It must be remembered also that the Church gradually imbued men's minds with a horror of a dead body, and of the profanation which followed having anything to do with it, and surrounded the study of anatomy with every possible obstacle and obloquy; even to such an extent that to be known of having dissected a human body was to be exposed to indignity, assault and even death. It was, therefore only intense yearning for knowledge, on the part of earnest men, which then permitted anatomical instruction to be given or encouraged.

During the middle ages the greatest medical school in the world was situated at Salernum (or Salerno), but a short distance from Naples. This is not the place in which to discuss its history although it became famous above almost every other institution of learning of any kind, and though, by one of the freaks of history, even the site of the buildings is now lost and no one seems to know just where they stood. In his time, namely in 1240, the Emperor Frederick II was the great patron of this college; his decrees concerning the regulation of the study and practice of medicine deserve attention to-day. A part of one of his enactments reads as follows: »Since it is possible for a man to understand medical science only if he has previously learned something of logic, we ordain that no one shall be permitted to study medicine until he has given his attention to logic for three years. After these three years he may if he wishes proceed to the study of medicine." And again: »No surgeon shall be allowed to practise until he has submitted certificates in writing, of the teachers of the faculty of medicine, that he has spent at least one year in that part of medical science which gives skill in the practice of surgery, that in the college he has diligently and especially studied the anatomy of the human body, and is also thoroughly experienced in the way in which operations are successfully performed and healing afterwards brought about."

When first we hear of medical men in Great Britain they were commonly spoken of as *leeches*, as among the Danes and Saxons; later the clergy introduced books from Rome, and almost every Monastery had some brother possessed of more or less knowledge of the medicine of the day. The College of Salernum later gave great impetus to the study of medicine even before the days of William the Conqueror, which was strengthened by the influence emanating from Naples, and particularly from Montpelier. For centuries the

Catholic clergy were almost the only persons with sufficient education to study and practise physic; which profession became in time so lucrative that many of the monks abandoned their monasteries, neglecting their religious duties, and applied themselves to the study of medicine. To such an extent was this true that in 1163 the Council of Tours forbade monks staying out of the monastery for more than two months at a time, or teaching or practising physic. In taking this action the Council only repeated what had been ordained by decree of Henry III in 1216 and by the second Council of Lateran in 1139. No restraint was at first placed upon the secular clergy, and many of the Bishops and other church dignitaries gained both money and honor by acting as physicians to Kings and Princesses.

Next to the clergy, the Jews possessed the largest share of learning. Their nomadic life permitted an intercourse with the different nations of the world, which was denied to most others, and there were many who studied medicine and practised, not only among those of their own race but amongst Moors and Christians alike. The priests became extremely jealous of Jewish physicians and of lay surgeons, and endeavored to secur through Rome a formal excommunication of all who committed themselves to the care of a Jew, while by canon law no Jew night give medicine to an Christian. But so celebrated were the Jewish physicians, and so superior to everything else was men's desire for life and strength, that even the power of Rome could not exclude them from practice. Still less could the clergy restrain the lay surgeons from the performance of their craft, and though it would appear that at first, in England, the priests were not disposed to separate surgery from medicine, the Pope became jealous of so much interruption to the duties of the clergy and looked upon the manual part of surgery as detracting from clerical dignity. Accordingly were made numerous attempts to debar priests from the performance of surgical operations. In 1215 the ecclesiastics were prohibited by Pope Innocent III from undertaking any operation involving the shedding of blood, while by Boniface VIII, at the close of the thirteenth century, and Clement V, about the beginning of the fourteenth century, surgery was formally separated from physic and the priests positively forbidden to practice it. It is to the Church then that we owe this absolute abandonment of surgery to an illiterate and grasping laity. For some time, however, the priests kept their hold upon surgery by instructing their servants, the barbers, who were employed to shave their own priestly beards, in the per-

formance of minor operations. It was these men, who were in some degree qualified by the instruction of the clergy, who first assumed the title of barber surgeons, and who gradually formed a great fraternity.

In France it was in the reign of Louis XIV that the hairdressers were formally separated from the barber-surgeons, the latter being incorporated as a distinct medical body. In London it was in 1375 that the Company of Barbers were practically divided into two sections, containing respectively those who practiced shaving, and those who practiced surgery. In 1460 the surgeons were finally incorporated by themselves as the Guild of Surgeons and took their place as one of the liveried companies of the city of London. Similar separation occurred in the original great Guild of Weavers, who divided into the Woollen Drapers and Linen Armourers, the latter afterwards becoming the wealthy and powerful Company of Merchant Tailors.

To trace the history of the London Company of Barbers a little more fully, it was first formed in 1308 and incorporated in 1462 by a charter. In one of the statutes of Henry VIII it was enacted that: "No person using any shaving or barbery in London shall occult (i. e. practise) any surgery, letting of blood or other matter except only drawing of teeth." In 1540 Parliament passed an act allowing the United Companies of Barbers and Surgeons each to have yearly the bodies of four criminals for dissection. In 1518 the barbers and surgeons were united in one company; the former being restricted from all operations except tooth drawing, and the latter having to abandon shaving and hair dressing.

It is interesting also to note that in Oxford, for instance, the Barbers, Surgeons, Waferers and Makers of 'singing bread' were all of the same fellowship, from 1348 to 1500; when at last the Cappers, or knitters of caps, were united to them, in 1551, the barbers and waferers abrogated their charter and took one in the name of the city, until 1675, when they received a charter from the University.

The London Guild of Surgeons appears to have been first a mere fraternity which had incorporated itself, and to have originated from an association of the military barber surgeons who had been trained in the hundred years war with France, 1337 to 1444. Its membership, however, was select, and when the physicians declined an alliance with it, it amalgamated with the barber companies in 1540. The United Campany of Barbers and Surgeons was peculiar in that strangers and those who were not free men were admitted, while the journeymen of the craft formed a subordinate body within the company.

In 1745 the surgeons separated from the barbers and formed a surgeon's company which rapidly acquired influence. By a foolish blunder it forfeited its charter in 1496 but was subsequently incorporated by George III, in 1800, as the Royal College of Surgeons in London; a body which has since maintained its identity, grown tremendously in wealth and strength, and having become one of the licensing bodies of England, has acquired the finest collection of books and specimens in the world and has numbered the brightest intellects which the English surgical profession has contained.

In Dublin the Barber Surgeons were incorporated as a guild by charter granted by Henry VI, in 1446. In 1576 they were amalgamated with the independent surgeons, and by Queen Elizabeth with the barber surgeons and wig-makers. This confraternity was dissolved in 1784 and the College of Surgeons founded immediately afterwards. In Edinburgh the barbers and surgeons were united in 1505, to be separated at about the same time as elsewhere in Great Britain.

During the eighteenth and nineteenth centuries on the continent medicine and surgery were abruptly separated, and the latter was almost entirely in the hands of the barbers. For hundreds of years the dissection of corpses and the embalming of those who could afford it, were in the hands of first the butchers and later of the barbers. The greatest contempt was everywhere shown for one who attempted any surgery. If for instance a nobleman while being bled by a barber received the slightest harm the poor barber was heavily fined, while, should the gentleman die, the culprit was given into the hands of the dead man's relatives to be dealt with as they desired, Throughout the monasteries and whenever the influenee of the Church was felt it was forbidden to the monks, who had the monopoly of knowledge, to perform any surgical operation since the Church abhorred the shedding of blood. All this was at a time when the Church had not the slightest hesitation in inflicting bloody punishments for heresy and crime or sentencing heretics to bloody deaths. Why, therefore, it should have been so fastidious as to abhor the shedding of blood for life-saving purposes will never fully appear. The truth is that this was the result partly of superstition and partly of ignorance; the former pertaining mainly to tradition and custom, the latter to the absolute lack of anatomical knowledge, which itself came about in consequence of the anathemas with which the Church denounced all those who had to do with examination, dissection, or as they termed it, profanation of a dead human body.

For hundreds of years the monks were not allowed to wear a

beard; this necessitated the employment of tonsors ('tonsorial-artists' they call themselves to-day) to whom was left also the performance of anything that partook of the nature of an operation, such as bleeding, bandaging etc. This calling, was however, recognized as a most inferior one, and the barbers, like the bathkeeper, the shepherd and the hangman, were not considered of good repute. Consequently, such an one was not eligible for membership in any other guilds or fraternities. In 1406 the Emperor Wenzel was rescued from prison, in Prague, by the daughter of a bathkeeper; in gratitude he made her his mistress, and declared both barbers and bathkeepers to be respectable; but having lost his position his decree had no weight, and not until 1548, in Augsburg, were they really made eligible to the guilds. At this time their most dignified labor was the sharpening of instruments. In 1696 Leopold I. decreed their profession to be an art, and gave it a position above that of the apothecary so that in their most dignified occupation they were elevated to the making of ointments and plasters.

As surgery has for the profession of barber surgery to thank the existence upon man of a beard, so the European continent may thank the Crusaders of the eleventh century for having necessitated the existence of the bathkeeper, because of the leprosy which they brought home from the East. During the Crusades, as is well known, there were founded numerous Orders having for their original purpose the care and protection of pilgrims and injured soldiers. The three most celebrated Orders were the Knights of St. John, the Knight Templars and the German Order. Were this the place it would be most interesting to go into a history of these religio-medico-military Orders, and show how from most devout purposes and humble origin they grew into despotic and tyrannical associations of great power, which it finally took all the force of Church and State to suppress. As the then humble and enthusiastic members of these Orders returned from the Holy Land they established hospitals for the care of lepers, who became very numerous in Europe. For instance it is stated that in France, in 1225, there were two thousand hospitals for this purpose, while the King Louis the Great founded, in 1260, a special hospital for those made blind by Egyptian ophthalmia. It is well known also that during the middle ages there was the greatest neglect of the ordinary canons of cleanliness both among the upper and lower classes. The number of hospitals and cloisters dedicated to the lepers being insufficient, bath houses were built and bathkeepers were engaged in order, so far as possible, to prevent the spread of

leprosy. At this time the bathkeeper was permitted to bathe and cup, later also to bleed, although the bleeding was required to be done in the bathkeepers' own house, since he was not usually permitted to enter a patient's house. As bathing became less necessary for purposes already mentioned the bathkeeper took to imitating the barber, though much later, and not until about 1750 in some countries, were they permitted to do this publicly, and only after having passed the examinations to which the barber was also subjected. In Prussia they were only allowed to treat wounds and chronic diseases, and so it came about that by the beginning of the eighteenth century a really conscientious and efficient barber surgeon was supposed to have served an apprenticeship in large hospitals, to have witnessed the work of noted surgeons and to have served in the Army or Navy. He was also supposed to be something of a linguist and to know a little botany; particularly was he expected to be conversant with anatomy, although there was a sad lack of cadavers-which was atoned for by the use of carcasses of animals, for the most part swine.

Eckardt, writing at this time of the sixteen different virtues of a barber, enumerated, first of all, fear of God; then that he should be careful, prudent, temperate, and ready to use both hands with equal dexterity; he claimed that "Arrogance seems most prevalent among barbers, as a common saying would imply 'barbers are proud animals'." He expressed his surprise also at the envy and malice between bathkeepers and barbers, and advised them both to consult physicians and other masters.

The customs of the time must be blamed for this lamentable condition of affairs. The boy who was destined to become a barber was apprenticed at a time when he had scarcely learned to write. If he could write legibly and read a little Latin no one dared refuse him. He learned to shave and went from house to house for this purpose, spending the little time remaining in sharpening knives, spreading plasters, picking lint, taking care of children, doing all menial duties, and using the same light as the housemaid because it would have been disrespectful to his master's wife to use any other. After years of this work he was gradually taken to visit patients and then was taught how to bleed, cup, apply leeches, extract teeth and administer clysters. His master knowing nothing of anatomy could give him no instruction, though by the laws of apprenticeship he was bound to do so. Before concluding this apprenticeship he was supposed to pass an examination which his master's laziness

usually permitted him to escape. He then presented the master with some silver instruments and was dismissed with an injunction to be thankful that such a miserable specimen of God's creatures had ever been taught to shave a beard or spread a plaster. He now became a journeyman, still living at the house of his master, and was not allowed to marry; after a while he received a paltry sum as wages, got his dinners free and began to dabble on his own account. Study was out of the question; these men could not understand what little they did read and served the community mainly as bearers of tales. After some years of activity as journeymen they could become masters by applying to the authorities, presenting certificates, and passing an examination before the physicians of the district.

Prussia was the first contry to appreciate the necessity of regulating medical practice, and the barbers and bathkeepers were placed under the control of the Medical College founded, in 1685, by Prince Frederick William. In 1724 this institution attained its greatest activity, having a subordinate school in each province. In 1725 King Frederick William issued a famous edict which did much to regulate medical affairs thronghout the kingdom, and directed among other things that barbers and bathkeepers should "lead a religious, temperate, retired and sober life, in order to be at their best whenever their services were required". When their business was not sufficiently a good they assumed other cares, as, for instance, one man was surgeon, municipal judge and post-master all at once. They were extremely envious of each other and often dabbled in medicine without permission. It was not until 1779 that the bathkeepers were permitted to rank in Prussia with the barbers and were allowed to use more than four basins, the bathkeepers' guild being incorporated with that of the barber.

There being no temptation to enter these ranks it is not strange that so late even as 1790 good surgeons were rare in Germany; not one in fifty of the barbers really knowing the first principles of the work they were supposed to perform. It came to such a pass that surgeons were compelled to shave and perform other duties of the hairdresser, for no surgeon, however skilled, were allowed to practice as such, unless he was the proprietor of a head-shaving and bathing establishment, with assistants and apprentices, and belonged to the barbers' guild, or unless he was favored by Royal exemption. It was the general lament in Germany, all through the last century, that German surgeons were educated in barber shops.

Even by the middle of that century the practice of surgery was not considered an honorable business, and those who practiced it were not permitted to carry a sword, neither was a surgeon admitted into society nor tolerated among physicians; moreover when unsuccessful he was bitterly and relentlessly pursued. Under existing conditions the Reichstag either could or would do nothing to alleviate the distressing condition. The physician boasted of his education and treated the surgeon and his craft with disdain, holding that surgery sustained the same relation to medicine that geometry does to higher mathematics and physics. All this time, however, while the physician contented himself with disdaining surgeons he made no attempt to elevate the craft nor to himself study and adorn it. Even by the beginning of the present century there were scarcely any physicians in Europe who could diagnose a surgical case, while dentistry they claimed called for no more skill than that sufficient for tooth extraction. It was even claimed that so long as the people generally were neglectful of their teeth the physician, or even the surgeon, should be ashamed to concern himself with dentistry.

Von Siebold, in his day, deplored the position of the surgeon; his large military experience had shown him the difficulties with which he had to contend before he could enter society, while his ambitions and high motives were scorned. Even the peasantry were bitterly opposed to all operations. So intense were their feelings that he repeatedly removed his patients to other towns before performing operations. Nevertheless it was true that there were the best of reasons for lack of confidence in any barber who dropped his razor for the purpose of treating a fracture, a hernia or an obstetric case. The State required a barber surgeon to call in a physician in all complicated surgical cases. In such a case the physician demanded the control of the case and reserved to himself the right to judge of what was required. He would not even consider a surgeon who had obtained the doctorate as his equal. Such consultations resulted in little but quarrels and disagreeable scenes. If a village contained no physician the surgeon treated also internal diseases, though he was not allowed to use strong medicines. Every district had its special surgeon who, alone, had charge of several villages where he had the right to keep journeymen and apprentices and to do shaving and cupping. In the Prussian capital city only twenty German and six French surgeons were allowed to practice in 1725, besides the court and private surgeons.

Until 1808 every German surgeon carried on a medico-legal business

which was later separated from his surgery. In 1782 there were three classes of surgeons; from the lower one might be promoted to a higher after an examination. In Austria, in 1805, there were doctors of surgery who were required to show a general knowledge of medicine and who had the same rights as the physicians; there were also medical surgeons who could practice under restrictions, and bathkeepers for minor surgery. After the year 1773 barbers and bathkeepers were both spoken of in Austria as surgeons; this was to break up the disputes between them. According to an official feebill holding good in Prussia in 1815 the highest fee that could be charged for an operation was for lithotomy in adults, the maximum limit being about M. 140 ($ 35), while the majority of operations ranged from M. 20 to M. 50 ($ 5.00 to $ 15.00 expressed in U. S. money). Of course this was at a time when the value of money was much greater than now.

As already made plain, it was the Church which by its decrees brought about the separation of surgery from medicine, a condition not existing during the palmy days of Greece and Rome. Even the University of Paris at that time refused to admit a student who had not foresworn the study of surgery, while the denouncement of anatomy and surgery alike was promulgated by both papal bulls and clerical decrees. While many of the physicians considered surgery too burdensome a study, and many others had a severe prejudice against it, the principal cause operating to keep them apart was probably the fact that for surgeons there was absolutely no social position. In 1774 Mederer was made Professor of Surgery in Freiburg in Breisgau; he delivered his opening address on the wisdom and necessity of combining medicine and surgery. As a result he was persecuted by the public, insulted by students, abused by surgeons and constantly threatened with personal assault. He maintained his position, however, and fought against the prejudice. Twenty-two years later, when he left Freiburg, he referred in his last lecture to his early experience. By this time public opinion had been so changed that the students serenaded him and humbly apologized for what their predecessors had done. Mederer could then see the success of his efforts in that the constitution of France contained a clause combining medicine and surgery, and the Royal Sanitary Commissioners of Vienna had unanimously resolved in favor of such union.

The movement begun by Mederer was continued by men like Richter, Von Siebold, Loder and others. In 1797, only one hundred

years ago, the Electoral Academy of Erfurt offered a prize for the best essay on the subject "Is it necessary and possible to combine medicine and surgery theoretically as well as practically?" Fourteen papers were submitted of which twelve were in favor of union. Nevertheless the Academy awarded the prize to the only writer who had opposed such union. His reasons for such opposition were most puerile, as were all the arguments subsequently advanced against it. Nevertheless a great step was taken in advance, when the guilds and fraternities of barbers and bathkeepers were abolished, in which good work Vienna, in 1783, took the lead. It was then declared that shaving was the business of the hair-dresser and that barber surgeons must attend lectures in surgery and anatomy. Bavaria followed in 1804, and four years later, in Prussia, no one was permitted to practice surgery without having studied medicine. The rules of 1786 regulating the respective positions and duties between physicians and surgeons were annulled in 1808, and by 1811 the barber license was no longer essential for the practice of surgery, the privileges of the barber, as such, being abolished, while for his trade only a common license was needed.

Les abcès du foie aux tropiques.

Quelques mots sur les abcès du foie aux tropiques par le Dr. Windsor in »The Lancet", Janvier. L'auteur a cherché dans cet article a établir l'intime connexion de la dysentérie avec les abcès hépatiques et à établir les relations qui existent entre ces deux affections et l'amœba coli. C'est l'étude des cas qui se sont présentés à l'auteur pendant deux ans et demi à l'hôpital »Dreadnought Seamen's".

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le détail qu'il donne de cette affection qui était déjà bien connue; la partie originale est dans l'étude micro-biologique complète de l'amœba et de ses divers caractères tres bien étudiés par le Dr. Windsor.

Notons enfin l'influence que la race exerce sur l'évolution des abcès du foie dans les pays équatoriaux. Les Européens qui vivent aux tropiques y sont plus exposés que les indigènes bien que ceux-ci soient presque aussi souvent atteints de dysentérie et de malaria sur 57 cas observés à l'hôpital, l'auteur a noté: Anglais 38, Allemands 3, Hindous 7, Suédois 4, Africains 3, et Portugais 2. C'est ordinairement entre 20 et 40 ans que la maladie s'observe; elle atteint plus d'hommes que de femmes. M.C.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. HISTOIRE DE LA MEDECINE.

ALLEMAGNE.

Julius Pagel, *Geschichte der Medicin.* Berlin 1898, S. Karger. gr. 8⁰ 960 pp. Theil I. *Einführung in die Geschichte der Medicin* (574 pp.).

Le rapporteur soussigné a, le premier, donné dans le numéro de janvier du nouveau journal »Die Medicin der Gegenwart" une analyse de cette nouvelle histoire de la médecine, due à un de nos historiens les plus estimés. Cette étude se trouve fort réduite, il est vrai, par l'espace restreint dont il disposait. Il ose croire, avec raison, qu'on ne pensera point que le jugement qu'il a porté autrefois, a été influencé en quoi que ce soit par les opinions des critiques venus après lui.

Depuis ce temps une lecture plus approfondie, n'a fait que confirmer ce jugement et le fortifier; si bien que j'ose me permettre de le motiver et de l'expliquer dans cette revue consacrée spécialement aux travaux et efforts de la médecine historique.

Aux analyses de MM. *Preuss*, *Jessner*, *Neuburger*, *Proksch*, *Fuchs* et *Salomon*, qui reconnaissent sans restriction la valeur de l'oeuvre, s'opposent les critiques en partie défavorables de MM. *Puschmann* et *Hirschberg*, deux autorités en matière de médecine historique. Si, comme le font ces deux derniers auteurs, on pousse la critique jusqu'à examiner des détails sans aucune importance on ne manquera pas de découvrir, dans tout ouvrage d'histoire médicale, des lacunes et des fautes. Je trouve, que ni *Puschmann* ni *Hirschberg* en critiquant de cette façon la »Geschichte der Medicin" de *Pagel* n'ont été justes à son égard. Un ouvrage d'histoire doit être d'abord considéré et jugé comme un tout, afin qu'on puisse faire ressortir clairement la place qu'il occupe et l'importance qu'il prend parmi les oeuvres semblables publiées dans le même domaine et qu'on puisse montrer ensuite les progrès qu'il marque au point de vue scientifique et méthodique. Ce n'est pas une analyse étroite des détails (si profonde et si explicative qu'elle soit), effaçant d'ordinaire le caractère et la valeur du livre, mais bien un jugement d'ensemble synthétique et libre, qui est la condition première d'une critique objective et impartiale.

Dans mon premier compte-rendu j'ai salué l'oeuvre de *Pagel* comme un événement marquant dans les annales de l'historiographie médicale. Une lecture plus approfondie a renforcé la conviction que j'avais, que ce livre marque un progrès tant au point de vue de la forme qu' à celui du fond.

Si *Jessner* dit qu'en le lisant il ne se résout »qu' à contre coeur à

éteindre la lampe", il ne fait qu' exprimer matériellement une des qualités de l'oeuvre, qualité qui la fera estimer de tous les médecins instruits et contribuera à la répandre parmi eux. C'est le premier traité d'histoire de la médecine que l'on puisse lire d'un trait, sans fatigue et avec un intérêt toujours croissant. La forme, heureusement choisie, de conférences académiques (il y en a 25) prête au style un je ne sais quoi de personnel, d'animé, grâce auquel tout le contenu riche et captivant de l'histoire de la médecine nous apparait comme quelque chose d'intimement vécu par l'auteur lui-même et devant éveiller, chez le lecteur, un vif intérêt. Tout son style, répondant à ce but, est une prose improvisée coulant partout d'un flot rapide et évitant cette »manière sèche", mentionnée par l'auteur dans sa préface, »souvent par trop doctrinale", ainsi que »l'entassement de faits sans importance, de noms, de chiffres", se gardant à la fois »de l'omission et de l'exagération de données littéraires" et conservant adroitement »une vue générale sur l'ensemble".

Malgré tout le livre présente à chaque page un caractère scientifique. Car, grâce à une habile réunion du technique au littéraire, des faits étudiés à la biblographie, un art tout nouveau d'écrire l'histoire médicale a été créé; l'emploi souvent répété de la petite impression, pour les explications littéraires, a permis d'obtenir une exposition continue exempte d'interruptions fréquentes.

Toutes les sources importantes étant mentionnées et les résultats les plus récents des recherches médicales historiques étant communiqués, ce livre est indispensable pour celui qui travaille dans ce domaine.

Mais l'histoire de *Pagel* mérite également d'attirer toute notre attention au point de vue du fond. Quoiqu'il n'y ait point dans l'histoire de véritable objectivité, quoique, et c'est là ce qui caractérise le livre de *Pagel*, toute oeuvre historique soit plus animée de l'esprit de l'auteur et de son temps que de celui du passé, le but d'une histoire scientifique est, suivant l'assertion de *Droyen*, la recherche de méthodes permettant d'obtenir, pour ces conceptions subjectives des mesures objectives qui les appuient, les justifient, les approfondissent. Ce but semble, en effet, être ce que l'on doit comprendre sous le nom souvent répété d'objectivité. Toute histoire générale de la médecine qui, à l'avenir sera écrite par un seul auteur n'offrira du nouveau que lorsqu'elle tiendra compte des principes de l'investigation historique moderne et en appliquera les méthodes. C'est ce que *Pagel* a essayé de faire dans son »Histoire de la Médecine" en prenant comme point de départ et mesure objective le principe de l'évolution, considéré par *Hegel* et *Darwin* comme le centre des recherches scientifiques contemporaines. Dans toutes les parties de son livre l'auteur applique rigoureusement cette méthode critique évolutionnaire sans avoir recours, pour l'exposition générale des faits, aux divisions artificielles et aux formations systématiques. Il a par conséquent suivi le développement des théories et des idées les plus anciennes jusqu' à nos jours en mentionnant et en expliquant toutes les influences de la civilisation générale sur la médecine. Nulle part on ne saurait découvrir une lacune dans cette oeuvre. Aucun livre de médecine historique paru jusqu' alors n'a montré plus clairement et mieux fait ressortir le développement progressif de la médecine. La médecine préhellénique et la médecine naturelle forment, pour la première fois une partie intégrante et importante de l'en-

semble. Les théories ethnologiques, discutées et approfondies dans leurs rapports avec la médecine, pourront donc s'y rattacher. Les transitions successives entre les différentes époques jusqu' à nos jours ont été traitées de main de maître. Il serait superflu de faire remarquer que tous les nouveaux problèmes de l'histoire de la médecine connus, par exemple, la question d'Hippocrate, les rapports de la médecine grecque à la médecine égyptienne et indienne ont été exposés d'une façon plus détaillée et soumis à une critique plus minutieuse.

La première conférence traitant de la conception, de la valeur, de l'objet, des sources et de la division de l'histoire de la médecine est, à côté de la fameuse et classique »Introduction" à l'Histoire des sciences médicales de *Daremberg* ce que le rapporteur connaît de meilleur en ce genre.

Le rapporteur peut d'autant mieux s'abstenir de parler des détails, détachés d'un beau tout harmonieux et bien disposé, que cela a déjà été fait par d'autres d'une façon assez approfondie et que l'auteur lui-même, à la fin de son livre, en reconnaît et avoue franchement les défauts.

L'Introduction à l'histoire de la médecine de *Jules Pagel* ne rend inutiles ni un *Sprengel* ni un *Haeser*; mais elle est appelée plus que toute autre oeuvre à étendre et encourager, parmi les médecins, l'étude de la médecine historique.

Theil II. *Historisch-medicinische Bibliographie für die Jahre* 1875—1896 (386 pp.).

La deuxième partie nous présente la continuation de l'excellente »Bibliographie des sciences médicales" de *Pauly* pour les années 1875—1896. Le besoin d'un tel ouvrage se faisait depuis longtemps sentir. On est donc en possession d'un livre que l'on peut consulter à tout moment, indispensable non seulement pour les historiens de la médecine, mais aussi pour tout médecin s'occupant de travaux scientifiques ou littéraires.

Dr. J. Bloch (Berlin).

BELGIQUE.

Chirurgie antique. Les Oculistes Gallo-Romains au IIIe siècle, par le Dr. Deneffe, *prof. à la Faculté de Méd. de l'Univ. de Gand.* H. Caals, Ed., Anvers 1896 (185 Seiten, 5 Tafeln.)

Das vorzüglich ausgestattete Buch ist ein culturgeschichtliches Miniatur-Gemälde, vergleichbar einem der Bilder von Alma Tadema, welche Scenen des antiken Lebens lebendig uns vor Augen führen. 1854 wurde zu Rheims das Grab eines gallo-römischen Augenarztes Gaius Firmius Secundus aufgedeckt, und eine vollständige chirurgische Ausstattung sowie Bronze-Medaillen von Antoninus Pius (138—161) u. von Marc Aurel (161—180 n. Chr.) gefunden. 50 Jahre nach der Auffindung werden die (in dem Museum von St. Germain aufbewahrten) Fundstücke vom Vf. genau beschrieben. Das zunächst wichtigste ist der Stempel des Augenarztes. Hierüber macht Vf. seinen ersten Excurs u. zeigt, das von den bisher aufgefundenen 200 Collyrien-Stempeln keiner in Griechenland oder in Italien, sondern alle in

Bereich der alten Gallia, Britannia u. der beiden Germanien gefunden sein. Es scheint eine gallische Erfindung zu sein. Liebhaber der Inschriften, geschickte Geschäftsleute, kannten die gallischen Augenärzte die Reclame; zur Erhöhung des Prestiges nahmen sie die lateinischen Sprache an. Die Mode der Collyrienstempel beginnt am Ende des II Jahrh. n. Chr. und endigt im IV.

Der zweite Excurs handelt von den Collyrien. Hier hätte der Vf. aus der Sonderschrift von Jugler (1784) und aus des Ref. Wörterbuch der Augenheilkunde mehr Material beibringen können. In den Resten antiker Collyrien fand man durch chemische Analyse Eisen, Kupfer, Blei.

Unser Stempel hat die Inschrift GFIRMSEVERDIASMY = Gaii Firmii Severi dia Smyrrhes, das Collyrium des G. F. S. aus Myrrhe. Unter 199 bekannten Stempeln erwähnen 49 die Myrrhe. Das Medicament ist bis auf unsere Tage gekommen.

Die Instrumenten-Sammlung der C. F. S. gehört zu den interessantesten, die wir aus dem Alterthum besitzen.

Zunächst sind Krüglein aus Eisen zu erwähnen, die zum Aufbewahren von Augenheilmitteln dienten. Die Beweisstellen aus den alten Aerzten werden stets angeführt, allerdings in Übersetzung. Dann werden Mörser und Schälchen besprochen und die römische Wage.

Von den eigentlichen Instrumenten sind erhalten Handgriffe für Messer u. Sonden. Die letzteren wurden gerne zum Brennen der schiefstehenden Wimpern benutzt (Celsus). Auf Resten von Collyrien, die zu Rheims gefunden wurden, liest man ad aspritudinem. Das beweist die wichtige, auch vom Ref. hervorgehobene Thatsache, dass zur Römerzeit in Gallien das Trachom herrschte. (Übrigens könnten die Handgriffe auch zum Einsetzen von Star-Nadeln gedient haben!) Ferner werden Spateln, Häkchen u. Pinzetten beschrieben, und immer ihre Anwendung durch die Stellen aus den alten Schriftstellern erläutert. Die Abbildungen sind vortrefflich. Sodann werden die zu St. Privat 1867 gefundenen augenärztlichen Instrumente des Polleius Sollemnis beschrieben, der nach den beigegebenen Medaillen des Valerian u. Galien um 260—280 n. Chr. beigesetzt sein muss.

Die Inschrift seines Stempels lautet Sexti Pollei Sollemnis chelidonium ad caliginem. Folgt ein Excurs über Schöllkraut, und einer über ad claritatem et ad caliginem. Ref. möchte mit ad claritatem vergleichen das bekannte ὀξυδερκικόν, zur Stärkung der Sehkraft, wozu noch heute Romershausen's u. andere Wässer verkauft werden.

Eine zweite Inschrift lautet: S. P. S. faeon ad lippitudinem.

Aber φαιόν ist nicht braun, sondern grau; u. lippitudo at ὀφθαλμία d.h. hauptsächlich Körner-Krankheit mit Absonderung. Das Griechische ist unser Leitstern auf diesem Gebiet. Mit dem giechischen geht Vf. etwas unvorsichtig um, z. B. S. 152 τρακωμα, vude; statt τράχωμα, Rauhigkeit.

Das Buch ist Jedem zu empfehlen, der die Augenheilkunde der Alten studiren will. J. Hirschberg.

FRANCE.

Dr. Lucien Nass. *Les Empoisonnements sous Louis XIV.* D'après les Documents inédits de l'Affaire des Poisons. (1679—1682). Paris, Georges Carré et C. Naud, Editeurs, 1898.

M. le Dr. Nass vient de nous donner, comme thèse inaugurale de doctorat, une étude scientifique, toxicologique et médico-légale sur la série d'empoisonnements qui signala quelques années du règne de Louis XIV. Cette étude qui, dans la pensée de l'auteur, n'est que le point de départ d'une succession d'autres travaux analogues sur l'antiquité, sur le Moyen-Age, sur l'époque des Borgia et sur les temps modernes, mérite de fixer l'attention.

Dans le premier chapitre, le Dr. Nass fait un rapide exposé historique de la question et cherche à dégager les causes générales qui ont amené cette véritable épidémie d'empoisonnements. Il accuse tour à tour l'état politique, religieux, moral et social de la France sous le Grand Roi; nous nous abstiendrons de discuter dans une revue médicale les jugements qu'il émet à ce sujet, et qui sentent trop leur Michelet pour être toujours exacts et impartiaux. Mais nous sommes absolument de son avis quand il accuse les moeurs italiennes et le quiétisme espagnol d'avoir contribué à la démoralisation de l'époque, et d'avoir préparé les esprits à accepter trop facilement l'emploi du poison.

L'auteur fait remarquer avec raison que la pratique de la sorcellerie, des empoisonnements et des avortements allait de pair, ce qui justifie les nombreuses condamnations, prononcées par les terribles tribunaux des XVIème et XVIIème siècles contre les sorciers en qui certains auteurs ont voulu voir, bien à tort, d'innocentes et malheureuses victimes.

Le second et le troisième chapitre sont de beaucoup les plus intéressants, car ils nous initient à la connaissance des poisons qu' employaient les criminels de ce temps, et des procédés de recherches dont disposaient les experts pour déceler la présence de ces substances.

Les poisons minéraux les plus employés étaient sans contredit les diverses préparations d'arsenic et surtout l'acide arsénieux, l'arsenic blanc qui n'ayant ni goût, ni couleur, pouvait se mélanger facilement aux aliments et aux boissons, beaucoup mieux certes que le réalgar et l'orpiment, décelés par leur couleur. Le sublimé s'employait aussi, mais peu à cause de sa saveur brûlante. Les lavements d'eau forte et de vitriol sont d'un usage fréquent et, d'après les expériences du Dr. Nass, ils pouvaient, à l'état de concentration suffisante, provoquer un rétrécissement aigu de l'intestin, capable d'amener la mort en quelques heures. Signalons encore l'emploi inconscient des amines et des arsines par ceux des empoisonneurs qui faisaient ingérer de l'arsenic ou du vert-de-gris à un crapaud, laissaient crever la bête et se servaient ensuite des liquides de putréfaction.

La collection des poisons végétaux était beaucoup plus riche: l'opium, destiné à tuer ou seulement à endormir pour voler; la mandragore, l'ivraie, la morelle noire, l'épurge, le pignon blanc, la ciguë, etc.... que l'on donnait seuls ou mélangés et que l'on distillait maintes et maintes fois pour en extraire le *végétable*, le principe actif que la science moderne a isolé pour certaines plantes et qu'on nomme maintenant l'alcaloïde ou le

glucoside. Quant au règne animal, il ne fournissait guère que les cantharides, employées moins comme poison que comme aphrodisiaque.

A cette liste, on devrait ajouter la liste plus longue encore des pseudopoisons auxquels les criminels de cette époque avaient une aveugle confiance, heureusement non justifiée. Peut-on croire aussi aux histoires d'empoisonnements par les gants, les fleurs, etc.? peut-être, dit le Dr. Nass, mais la question n'est pas encore élucidée. Quant aux contrepoisons, ils étaient peu nombreux et peu efficaces: on employait la thériaque, l'orviétan, le bézoard, le chardon bénit, tous plus inutiles les uns que les autres, ou les vomitifs et le lait qui rendaient au contraire quelques services.

Si les connaissances des empoisonneurs étaient bien incomplètes, combien l'étaient plus encore celles des médecins, chargés de soigner leurs victimes et de déceler leurs agissements. Ambroise Paré le premier a essayé dans son livre des Venins d'étudier le mode d'action et les symptômes indicateurs des poisons: le premier il a classé les corps vénéneux en poisons chauds qui corrodent l'estomac, comme les minéraux, et en poisons froids qui dépriment le système nerveux, comme l'opium et les végétaux. Le diagnostic était fort difficile à établir, car la description de Devaux, la meilleure de toutes, est encore des plus imparfaites: »la brusque explosion »des accidents est un excellent symptôme; subitement le malade éprouve »des vertiges, convulsions, tremblement, hoquet, crampes d'estomac; l'urine »se supprime, la soif est ardente, les selles nombreuses et fétides; les »extrémités se refroidissent, le ventre se ballonne, les lèvres et le gosier »enflent et noircissent, et la mort survient dans le coma".

Les moyens d'éviter et de guérir les empoisonnements étaient, d'après Paré, d'abord de se défier des ragoûts et des mets trop apprêtés et trop épicés; de prendre du consommé, du Malvoisie, de la thériaque, de la conserve de roses, des noix, des figues sèches, comme préservatifs, et si le mal était fait, un purgatif, un vomitif, de l'huile en grande quantité, des sudorifiques, un bain chaud, etc.: il recommandait aussi de se placer dans l'intérieur d'un animal fraîchement tué, comme fit, dit-on, César Borgia, mais il proscrivait avec raison la saignée.

On comprend quels médiocres résultats devaient donner les expertises médico-légales, faites par des médecins qui avaient si peu de connaissances sur la toxicologie. Ils pouvaient à la rigueur reconnaître les poisons minéraux saisis, surtout l'arsenic par la volatilisation sur un fer rouge, et l'eau forte par sa réaction sur la pierre et le métal, mais ils ne savaient le plus souvent déterminer les substances végétales. Quelques expériences bien incomplètes et bien insuffisantes sur le chien et d'autres animaux permettaient de déceler la présence d'un poison, si toutefois les matières putréfiées ne contenaient point de ptomaïnes, mais le plus souvent les renseignements de leurs expertises et de leurs autopsies étaient si peu importants qu'ils devaient avouer leur ignorance et se récuser complètement. La Chambre Ardente ne tint point compte d'ailleurs de leurs dépositions pour condamner les coupables.

Nous n'insisterons pas sur le dernier chapitre où le Dr. Nass parle de la procédure suivie et condamne à juste titre la lâcheté avec laquelle la Chambre Ardente acquitta plus ou moins complètement les gros coupables. Nous préférons terminer cette analyse en disant que l'ouvrage du Dr. Nass est une étude consciencieuse de la question au point de vue médical,

et en engageant ceux qu' intéresse la médecine légale, à lire ce travail, car ils y trouveront et plaisir et profit. Dr. A. Faidherbe.

Henry Meige: *La Lèpre dans l'art* (53 pages, 2 dessins, 8 photogravures et 6 phototypies). *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière;* novembre et décembre 1897.

Ce travail a pour but de faire connaître un certain nombre de figurations de lépreux qui se rencontrent dans plusieurs tableaux de maîtres, de différentes écoles, depuis le XIVe jusqu' au XVIe siècle; l'auteur, comme on le sait, s'est fait une spécialité de ce genre d'étude et, ayant visité la plupart des grands musées de l'Europe, il parle presque toujours de tableaux qu'il a vus et étudiés par lui-même, ce qui est, en ce cas tout particulier, la meilleure condition pour établir un bon diagnostic.

Après avoir brièvement résumé l'histoire de la Lèpre et rappelé que Charcot et P. Richer ont, avant lui, consacré quelques pages à la critique de quatre ou cinq tableaux de l'Ecole allemande représentant des lépreux, M. Meige fait remarquer que ces figurations sont assez fréquentes et qu'il en a relevé près d'une trentaine dans les peintures appartenant aux Ecoles italienne, allemande et flamande, mais qu'elles semblent faire complètement défaut dans les tableaux de l'Ecole française.

La Lèpre se présente sous deux formes principales: 1°. la *Lèpre tuberculeuse* ou *phymatode*, 2°. la *Lèpre nerveuse anesthésique* ou *trophoneurotique*; ces deux formes coexistent fréquemment sur le même malade et constituent alors la forme *mixte* qui est la plus commune: les peintres ont reproduit avec une égale vérité des exemples de ces trois formes de lèpre et ils ont mis en évidence, suivant le sujet qu'ils avaient sous les yeux, les diverses manifestations pathologiques de la maladie; tantôt les ulcères, les tubercules, les cicatrices, ici la sclérodermie, ailleurs l'atrophie musculaire avec déformation caractéristique de la main en griffe, plus souvent encore, ils ont représenté leur modèle avec les mutilations que produit la variété dite mutilante de la lèpre nerveuse.

Le plus ancien lépreux de l'Ecole italienne se trouve dans une fresque de la Chapelle des Espagnols de Santa Maria Novella à Florence; l'auteur est inconnu, il appartenait à l'école de Giotto et vivait dans la première moitié du XIVe siècle; parmi les infirmes groupés autour de Saint Dominique, on voit, au premier plan, un lépreux cul-de-jatte (fig. 1) dont la face est dévorée par un large ulcère et dont le pied droit a perdu deux orteils. — La célèbre fresque du *Triomphe de la mort*, peinte par Orcagna (XIVe siècle) sur l'un des murs du Campo Santo de Pise, nous montre un groupe d'infirmes implorant la suprême délivrance (fig. 2); ceux-ci, au nombre de huit, sont tous des lépreux atteints de mutilations, d'ulcères, de contractures et de déformations des membres, rendus avec un réalisme effrayant. — Un tableau de maître, inconnu (XIVe ou XVe siècle) de l'Ecole Toscane, conservé au Musée des Offices, représente un saint faisant l'aumône à des estropiés (pl. 48bis) dans lesquels il est facile de reconnaître des lépreux; l'un, dont la jambe hypertrophiée est entourée d'un bandage, tend vers le saint, une main contracturée avec la déformation en griffe; un autre a perdu la main gauche; un troisième, dont la jambe gauche est remplacée par un pilon, a la face tuméfiée et la main droite contracturée. — Masaccio (1401—1429) a peint sur une fresque de la chapelle

Brancacci, dans l'église Santa Maria del Carmine à Florence, Saint Pierre et Saint Jean guérissant les malades avec leur ombre; au second plan, parmi d'autres malades implorant leur guérison, M. Meige a reconnu deux hommes (fig. 3) portant les stigmates de la lèpre. — Un lépreux presque nu, avec la main gauche déformée en griffe et privée de deux doigts (fig. 4), se voit dans un tableau de la *Charité de Saint Martin* par Piero Donzelli (XVe siècle; Musée de Naples). — Une fresque de Chapelle Sixtine, peinte par Cosimo Rosselli (1438—1507), représente le sermon de Jésus-Christ sur la montagne; devant le Christ, se tient un malheureux à genoux, presque nu, le corps couvert des macules et des tubercules caractéristiques de la lèpre (pl. 51 A).

Un maître inconnu de la vieille Ecole de Cologne (fin du XVe siècle), montre, dans un tableau conservé au Musée de Cologne, Sainte Elisabeth de Hongrie accomplissant les *Sept oeuvres de Miséricorde* (pl. 49); sur le devant du tableau, deux malheureux qui recoivent les aumônes de la sainte peuvent être considérés comme des lépreux; l'un, affreusement contrefait, n'a plus que des tronçons de jambes; l'autre a perdu le pied gauche, la jambe droite est complètement atrophiée et le pied n'a plus que le gros orteil. — Le Maître de la *Glorification de la Vierge* (Ecole de Cologne, fin du XVe siècle) a placé, lui aussi, dans un angle de son tableau, un malheureux amputé des deux pieds par la lèpre mutilante (pl. 51 C). — Dans la *Charité de Saint Martin* (pl. 50), tableau du Musée de Bâle attribué à Conrad Witz (fin du XVe siècle), le saint, représenté par un jeune et élégant cavalier, donne un morceau de son manteau à un infirme demi-nu qui présente toute une série de stigmates lépreux: tubercules, pustules, ulcérations, amyotrophies, rétractions tendineuses, mutilations et dislocations; c'est l'un des exemples les plus caractéristiques que M. Meige ait rencontré sur les monuments de l'art. — Virchow a publié jadis une étude sur les particularités pathologiques des personnages figurés sur un fragment de triptyque de Hans Holbein le Vieux (Pinacothèque de Munich), représentant Sainte Elisabeth de Hongrie secourant les malades (fig. 5); tout en rectifiant quelques erreurs de détail commises par Virchow, M. Meige conclut, comme lui, que ce sont bien des lépreux que réconforte la charitable reine de Hongrie. — La *Tentation de Saint Antoine* de Mathias Grunewald (commencement du XVIe siècle), conservée au Musée de Colmar, nous montre, dans l'angle inférieur gauche du tableau, un malheureux (fig. 9) dévoré par un mal horrible dans lequel le Dr. Keller a cru reconnaître les caractères de la syphilis; M. Meige démontre que cette identification est fort contestable et que, dans le cas de Mathias Grunewald, il s'agit plus vraisemblablement de la lèpre. — Au Musée de Bâle, sur une peinture à la détrempe de Manuel Deutsch (1464—1530), on voit plusieurs malades et parmi eux se trouve au moins un lépreux (pl. 51 B.); on le reconnait à sa jambe gauche déformée par un oedème considérable, largement ulcéré par places, et dont le pied, tuméfié à l'excès, n'a plus forme humaine.

Au Musée d'Anvers, un triptyque de Van Orley (1490—1542) représentant le *Jugement dernier* et les *Sept oeuvres de Miséricorde*, contient un grand nombre de figures d'infirmes et d'estropiés; parmi ceux-ci, le plus intéressant est un malheureux (pl. 51 D.) assis sur un tas de paille, tenant une sonnette; sa peau d'un brun foncé, collée sur les os, ses membres

ratatinés, presque momifiés, rappellant les lésions cutanées produites par la lèpre trophoneurotique. — Parmi les maîtres de l'Ecole Flamande, M. Meige reconnaît encore des lépreux dans une *Charité de Saint Martin* du Musée de Gand, par un peintre inconnu; dans un tableau de Rubens, au château de Windsor et dans une petite peinture sur cuivre de Brueghel le Vieux, représentant également Saint Martin; dans les *Oeuvres de Miséricorde* de Téniers le Jeune, à la galerie Steengracht à la Haye, etc.

Deux gravures de Hans Brugkmaier: Saint Edouard le Confesseur et Sainte Adélaïde (fig, 7—8) et une autre gravure d'Albert Durer: Saint Pierre et Saint Jean guérissant les malades (fig. 6), sont mentionnées par M. Meige comme contenant des figurations de lépreux; la dernière surtout, très caractéristique, avait été déjà citée par Charcot et P. Richer.

Telles sont les figurations de lépreux étudiées et décrites par M. Meige dans le savant mémoire dont il vient d'enrichir la *Nouvelle Iconographie*; il reconnaît du reste, lui-même, que la liste de ces figurations n'est pas épuisée; nous espérons donc que l'auteur nous donnera plus tard, sur le même sujet, un second mémoire dont l'intérêt ne le cèdera certainement en rien à celui du travail que nous venons d'analyser. Dr. Ed. B.

Das Heiligtum des Amynos und die Einführung des Asklepioskultes in Athen.

Der Gott Asklepios hat im späteren Altertum alle andern Heilgötter und Heilheroen so weit überflügelt, dass er gemeinhin für den einzigen griechischen Heilgott gilt. Diese Anschauung ist irrig, erst in historischer Zeit hat sich sein Dienst über ganz Hellas verbreitet, zahlreiche ältere Heroen und Götter sind vor ihm von den verschiedenen Städten und Landschaften als Gesundheitspender verehrt worden und manche haben sich neben ihm auch in der späteren Zeit behauptet.

Die Ausgrabungen des deutschen archäologischen Instituts in Athen am Westabhang der Akropolis 1892—95 haben überraschende Aufschlüsse über die Entwickelung der Heilgötterkulte in Athen gebracht, und ich folge gern einer Aufforderung der Redaction, die Ergebnisse dieser in den Athenischen Mittheilungen XVIII (1893) S. 231 ff. und XXI (1896) S. 287 ff. ausführlich behandelten Untersuchungen auch den Lesern des Janus kurz mitzuteilen.

An der Strasse, die von dem athenischen Markt zur Burg hinaufführt, fand man einen heiligen Bezirk, dessen Inhaber nach den aufgefundenen Weihinschriften ein bisher völlig unbekannten Heilheros Amynos (Abwehrer) war. Das Heiligtum ist ein von alten festen Mauern umfriedeter Platz von 250 qm. Fläche mit einer kleinen Cella an der Ostseite, die jünger ist als die Anlage des Bezirks. Den sacralen Mittelpunkt der Anlage bildet ein tiefer Schöpfbrunnen, dessen Wasser früh knapp geworden zu sein scheint, denn schon im VIten Jahrhundert v. Chr. hat man von der grossen neuen Wasserleitung des Peisistratos eine kleine sehr sorgfältig gearbeitete Röhrenleitung abgezweigt und verdeckt in den Brunnen geleitet. Diese Röhrenleitung, die in späterer Zeit gelegentlich ausgebessert wurde, beweist, welchen Wert man auf das Wasser des Brunnens legte und zeigt zugleich, dass im VIten Jahrhundert das Heiligtum bereits längere Zeit bestand, sonst würde man den frommen Betrug kaum für

nötig gehalten haben. Aus der Zeit vom Ende des V^{ten} bis zum I^{ten} Jahrhundert v. Chr. haben sich eine beträchtliche Anzahl von Weihgeschenken gefunden, die teils dem Amynos teils dem Asklepios, teils beiden zusammen gewidmet sind; dass Asklepios erst später neben Amynos im Heiligtume Aufnahme fand, geht aus den Inschriften deutlich hervor. Das stattlichste Weihgeschenk ist ein Relief mit der Darstellung eines Mannes, der mit beiden Armen ein kolossales rechtes Bein — seine Weihegabe an den Gott — umklammert. Eine stark hervortretende Ader deutet das Leiden an, von dem der Heros das Glied befreit hat, nach Ansicht des Hernn Dr. v. Oefele handelt es sich um Thrombose der vena saphena interna mit Paraphlebitis. Andere Reliefs stellen die Geheilten dar, wie sie sich mit ihrer Familie dem Heros anbetend nahen, wieder andere enthalten einfach eine Abbildung des geheilten Gliedes Z.B. einer weiblichen Brust, eines männlichen Gliedes, eines Frauenbeines, eines Paars Ohren und eines Fingers. Aus den Inschriften ersehen wir, dass das Heiligtum einer privaten Kultgenossenschaft gehörte, die über nicht unbedeutende Mittel verfügte, denn sie vermag Z.B. auf die Ehrung zweier verdienten Genossen je 800 M. für Goldkränze aufzuwenden.

Neben Amynos und Asklepios wird in zwei Inschriften als ein ihnen eng verbundener Heros Dexion „der Aufnehmer" genannt, und das ist, wie wir aus litterarischen Quellen wissen, der grosse Tragiker Sophokles, der diesen Namen nach dem Tode bei seiner Heroisierung wegen seiner Verdienste um die Aufnahme des Asklepios in Athen erhielt. Auch dass Sophokles Priester eines Heilheros gewesen, wussten wir bereits; der Name dieses Heros ist in den Handschriften der Sophokles-vita verderbt und die Herstellung Amynos sehr wahrscheinlich. Aller Veraussicht nach hat also der grosse Dichter in dem bescheidenen Bezirk als Priester gewirkt und dem neuen Gotte Asklepios neben dem alten Heros Amynos einen Platz eingeräumt.

Sophokles hat jedoch den Asklepios nur in dieses Heiligtum nicht in Athen überhaupt eingeführt, das vermögen wir auf Grund einer Urkunde zu sagen, die im grossen Asklepicion am Südabhang der Akropolis vor mehr als 20 Jahren gefunden aber erst neuerdings richtig zusammengesetzt worden ist. Danach hat ein Privatmann, Telemachos von Acharnai im October 420 v. Chr. den Gott — d.h. sein Bild — von Epidauros nach Athen gebracht. Asklepios wurde zunächst im Heiligtum der eleusinischen Göttinnen einquartiert, an deren höchstem Feste, den grossen Mysterien er in Athen anlangte. Als er dan ein eigenes von Telemachos auf Privat-Kosten angelegtes Heiligtum bezogen hatte, erhob eins der eleusinischen Priestergeschlechter Anspruch auf dessen Grund und Boden, aber es gelang dem neuen Gotte sich zu behaupten und bald blühte die junge Gründung kräftig auf. Der athenische Staat erhob den Dienst des Asklepios zum Staatskult und damit war das Übergewicht desselben über alle älteren Heilgottheiten offiziell anerkannt.

Bonn. Dr. A. Körte.

II. GÉOGRAPHIE MÉDICALE.

AUSTRALIE.

"*On the Dengue Fever of Southern Queensland*". HIRSCHFELDT. *Intercolonial medical Journal of Australia* (March 1898).

"*The* 1897 *Epidemic of Dengue in North Queensland*". HARE. *The Australasian Medical Gazette* (March 1898).

During the past four years Queensland has been swept from north to south by a series of epidemics of Dengue fever. In the two papers under review the nature of the disease together with many interesting points relating to symptomology and treatment are discussed with much minuteness.

The suddeness of the attack, the peculiar duration of the febrile period, the pains, the initial and terminal rashes left no doubt as to the nature of the disorder. In the southern towns about 40 per cent of the inhabitants were attacked, but in the north the incidence was heavier scarcely 25 per cent escaping. There were well marked differences in the type of disease as observed in the different localities and in many points the clinical phenomena differ from those recorded in the classic accounts of du Brun and Manson.

Hirschfeldt states that the incubation period cannot be placed at less than a fortnight, whilst Hare brings evidence to show that it does not extend beyond one week, similarly, whilst the former is inclined to regard, the immunity conferred as permanent, the latter fixes its duration at about two years. The remittent type however was by far the most common; in the account of the epidemic in the south the occurence of intermittent cases is only briefly alluded to, in the northern territory they did not constitute ten per cent of the whole.

Termination by crisis was usual in Hare's cases, whilst Hirschfeldt found the lytical decline to be the more common. Other marked points of difference were the comparative freedom from desquamation in the South, and the constant presence of cardiac and pulse changes. Hirschfeldt devotes considerable space to the study of the circulatory changes, the most common being an absolute and relative brady-cardia, and accentuation of the second sound over the mitral and tricuspid orifices. Far from being a mild and non-fatal disorder as described by Manson, the epidemie in 1897 in North Queensland was responsible for many deaths. Hare has collected accounts of sixty fatal cases, one half of which were adults. The direct cause of death was either rapid hyperpyrexia and coma, or more frequently sudden heart failure and collapse ocurring at the period of crisis. The case mortality he thinks would be about 1 per cent. In the south the figure has been placed at-31 per cent.

Amongst other symptoms and complications not usually described in the textbook accounts of the disease are nephritis, abortion, mania, and melancholia. It is noteworthy that both observers agree that swelling of the joints was exceptional, not occurring according to Hirschfeldt in more than ten per cent of the cases. Quinine and antipyrin were the drugs found most useful in treatment. The antipyretic action of lactophenin is spoken of

as being longer sustained than that of other drugs, whilst it does not at the same time depress the action of the heart. Of the etiology of dengue fever practically nothing is known. Manson classes the disease with the exanthematous fevers, and suggests that the pathogenic organism is probably allied to those of scarlatina, and measles. On the other hand the disease suggests in many ways an invasion by haematozoa. The author of the account of the epidemic in North Queensland records the fact that Dr. Hunt has made fresh blood preparations in thirty or forty cases and noted the presence of actively motile granules, similar bodies being also found in broth through which the breath of a dengue patient was made to pass.

J. Odery Symes.

FRANCE.

La Conjonctivite végétante en Algérie, par le Docteur Gros, ancien médecin de la marine militaire, médecin de colonisation à Lourmel (Algérie).

La distribution géographique des maladies des organes des sens nous est encore fort peu connue. C'est ce qui m'engage à revenir dans cette publication exclusivement consacrée à l'histoire et à la géographie médicales sur un travail que j'ai fait paraître récemment dans la Revue Générale d'Ophthalmologie.

Dans ce mémoire, j'ai insisté sur le grand nombre des aveugles et des borgnes qui peuplent notre colonie d'Afrique. J'ai fait remarquer que: pour la cécité binoculaire, la variole devait surtout être incriminée. L'ophthalmie purulente des nouveaux-nés, l'ophthalmie blennorrhagique, à ce qu'il me semble, mais sans que je puisse rien préciser à cet égard, auraient un rôle tout à fait effacé. La cécité unilatérale est presque toujours le fait de certaines conjonctivites, d'allure épidémique.

Tout ce que j'ai vu depuis n'a fait que me confirmer dans les principales opinions que j'avais alors, en me permettant seulement de les compléter.

Cette conjonctivite, que presque tout le monde considère ici comme le trachôme, serait mieux appelée conjonctivite saisonnière ou végétante. En Algérie, où beaucoup de personnes croient à l'existence d'un rapport de cause à effet entre la maturité des grenades et l'apparition de ces conjonctivites, on l'appelle, mal des Grenades. Il va sans dire qu'il s'agit d'un simple coïncidence. Mais cette dénomination marque bien et la fréquence de la maladie chaque année et l'époque à la quelle elle a coutume d'apparaître.

Elle atteint de préférence les enfants scrofuleux ou lymphatiques, mais n' épargne ni les adolescents, ni les adultes, ni les vieillards. On la rencontre chez les nourrissons de quelques semaines aussi bien que chez les individus ayant dépassé la soixantaine.

Mais chez les adultes ou les vieillards, ses manifestations aigues ne sont souvent que le réveil de vieilles conjonctivites, traitées par le mépris, ou pis encore par les lotions d'urine par exemple. En général elle débute dans l'enfance et très souvent dans la première enfance. Ainsi une femme, m'a apporté dernièrement son enfant, âgé de quelques semaines. L'enfant

présentait un tel gonflement des paupières qu'à première vue on pouvait croire à la conjonctivite purulente. Cependant les conjonctives bulbaires et les cornées étaient absolument nettes. Quelques jours plus tard apparaissait de la dacryocystite purulente de l'oeil gauche et une fistule lacrymale. La mère, le père, la soeur de cet enfant sont atteints de conjonctivites pseudo-granuleuses. C'est en effet le caractère de cette maladie, d'être familiale. Dans une famille d'un village voisin la grand-mère présente de la conjonctivite chronique, de la blépharite ciliaire, de l'entropion avec trichiasis, des taies de la cornée : la fille âgée d'environ vingt cinq ans, a également de la conjonctivite, de la blépharite, et à chaque instant des poussées de kératite ulcéreuse et vasculaire. Elle est en train de perdre la vue. Un petit fils âgé de 4 ans présente l'état granuleux. Un autre petit-fils né au mois d'août dernier a eu quelque jours après sa naissance une poussée de conjonctivite aigue avec sécrétion abondante. Le mari cantonnier communal n'est pas tout à fait indemne. Un chef cantonnier de Lourmel a présenté des lésions telles qu'on a dû lui faire une double iridectomie pour remédier aux opacités des deux cornées. Sa femme a de l'entropion, du trichiasis, du rétrécissement de l'orifice palpebral causé par des conjonctivites qui n'ont jamais guéri. Aucun de leurs huit enfants n'a les yeux sains. Il s'agit de deux familles françaises très peu soigneuses. Mais il me serait très facile de multiplier les exemples de ce genre.

Elle frappe de préférence les classes pauvres et ouvrières, les Juifs, les Arabes, mais surtout les Espagnols, c'est à dire les individus malpropres.

En fait, il y a lieu d'insister sur ce point qui résume presque toute l'étiologie et renferme une bonne part de la prophylaxie et du traitement. Elle est avant tout une conjonctivite de *malpropreté*. C'est pour cela qu'elle tend à devenir relativement aussi rare chez les Israélites que chez les Français. Avec leur puissance d'assimilation bien connue, les Juifs, en Algérie, ont bientôt adopté notre hygiène de la toilette. En général ils exercent des professions sédentaires qui les exposent assez peu aux causes déterminantes de ces conjonctivites.

A ce point de vue, elles ont une prédilection marquée pour les individus que leur métier expose au soleil et au grand air, les cantonniers, et surtout les charretiers si nombreux en Algérie.

Sauf dans l'enfance où elles sont, aussi fréquentes dans les deux sexes, elles paraissent plus rares chez la femme que chez l'homme, notamment chez la musulmane, qui vit assez retirée sous sa tente et se voile la face.

Elle doit être, à cause de son étiologie, plus rare dans les villes que dans les campagnes.

La maladie est-elle épidémique et contagieuse ?

Il est difficile de le dire ; car trop de gens sont soumis dans le même temps aux mêmes influences nocives pour que l'on puisse être absolument affirmatif. J'ai déjà insisté sur le caractère familial de la maladie. Il semble donc qu'elle soit contagieuse, par contact intime, et cela dès les premiers jours de la vie, alors même que les parents ne présentent pas d'accidents aigus.

A l'école enfantine de Lourmel, j'ai du renvoyer dès le début de cette année scolaire, toute une série d'enfants occupant le même banc. Tous présentaient l'état granuleux. A la vérité, tant de jeunes sujets ont

présenté cette année des conjonctivites, qu'il serait difficile de dire s'il y a là autre chose qu'une coïncidence. En retournant les paupières supérieures des enfants fréquentant les écoles de Lourmel sur trente ou quarante filles je n'en ai trouvé que six qui les eussent saines.

On jugera par là de la fréquence de la maladie. Ces conjonctivites, si communes pendant les vacances scolaires, ont disparu comme par enchantement, dans le courant d'octobre. Mais en examinant les paupières. il était facile de voir que la guérison n'était qu' apparente et que nombre d'enfants présentaient l'état granuleux de la conjonctive définitivement établie.

Quand on interroge les parents de ces enfants on apprend que chaque année à pareille époque, ils ont eu des conjonctivites plus ou moins intenses.

Les médecins militaires qui ont séjourné en Algérie, n'ont guére appelé l'attention sur cette maladie. Ceci doit être dû à ce qu'elle est rare dans l'armée; car de fait, je crois devoir insister particulièrement sur ce point, c'est une maladie de l'enfance.

Les causes déterminantes sont au nombre de trois:

1°. Avant tout, le défaut de soins de propreté. Les Espagnols ont une horreur native de l'eau. Les Arabes font trop souvent le simple simulacre de se laver certaines parties du corps, et cela plus pour satisfaire certaines prescriptions coraniques que par hygiène. De la toilette de leurs enfants, ils n'ont aucun souci, ceux-ci n'étant pas astreints aux lois religieuses. Jamais ils n'usent de savon pour leurs soins de propreté corporelle. Chez nombre de Français a cours ce préjugé qu'il faut éviter de savonner la face et particulièrement les paupières des bébés, de peur d'irriter les yeux. Enfin en dehors des très grands centres de colonisation, les établissements de bains sont très rares.

2°. L'intensité de la lumière solaire, dans un pays où pendant des mois, sous un ciel sans nuages, le regard se perd sur des champs ou des collines brulées par le soleil, sans qu' aucun feuillage, aucune verdure ne vienne reposer la vue.

3°. L'irritation de la muqueuse oculaire, par la poussière que pendant près de huit mois n'abat aucune pluie. Ces poussières sans cesse soulevées par les forts vents d'est ou d'ouest pénétrent partout.

Chargées de particules organiques, très certainement aussi de germes pathogénes, elles se mêlent à la sueur, aux produits de sécrétion sébacée, se desséchent, adhérent aux rebords palpébraux et irritent violemment la muqueuse oculaire.

Dans tous les cas où j'ai examiné les sécrétions muco-purulentes au microscope, j'ai trouvé au milieu d'autres microorganismes un diplocoque spécial.

Il existait à l'état pur, chez un enfant âgé de six mois. Il était entouré d'une auréole claire et paraissait encapsulé. Il se colore très facilement par le violet de méthylène en solution alcoolique au tiers, mais n'est pas colorable par la méthode de Gram.

Je ne suis pas installé pour faire des cultures ou des inoculations aux animaux.

Au reste la maladie paraît épargner ceux-ci; les chevaux, les boeufs et les chiens en paraissent spontanément exempts.

Pour les symptômes et les complications, je renvoie le lecteur à mon travail paru dans la revue d'ophthalmologie. Je dirai seulement ici en

quoi elle consiste, et pour quelles raisons, je pense qu'elle ne doit pas être attribuée au trachôme. Ces conjonctivites se présentent d'abord sous forme d'une conjontivite catarrhale ou purulente, épargnant le plus souvent la muqueuse du bulbe; plus tard apparaissent surtout à la paupière supérieure, des végétations tantôt fines comme les papilles d'une langue de chat, tantôt volumineuses aplaties.

Dans d'autres cas, surtout à l'état latent, elles se présentent sous forme de fines granulations miliaires, de coloration jaunâtre qui parsèment toute la face postérieure de la paupière.

Cette conjonctivite saisonnière algérienne me paraît différer du trachôme:

A) Au point de vue étiologique.

1⁰. Par son caractère nettement saisonnier qui la rapproche de l'affection décrite sous le nom de catarrhe printanier de Soemisch, de végétation à recrudescence printanière de Terson. Mais la cornée et la conjonctivite bulbaire sont presque constamment épargnées.

2⁰. En ce qu'au contraire des granulations vraies, elle atteint principalement, je dirai presque exclusivement les enfants.

B) Au point de vue des symptômes en ce que la cornée est très rarement atteinte d'emblée. Ce n'est qu'à la longue et par le fait de complications secondaires trichiasis etc. qu'elle est frappée.

2⁰. En ce que l'on rencontre seulement très tardivement l'épaississement des paupières, jamais le pannus de la cornée.

C) Au point de vue du pronostic et du traitement en ce qu'elle cède beaucoup plus facilement que le trachôme à des soins appropriés.

Le traitement doit être prophylactique et curatif. Je n'insisterai pas longuement sur ce point.

On recommandera les soins de propreté, on fera porter des conserves à ceux qui sont trop exposés aux rayons solaires et aux poussières. On éliminera des écoles tous les enfants atteints de cette maladie. On recommandera à leurs parents de les soigner, et de se faire soigner eux-même. On ne délivrera pas de certificats de nourrice aux femmes qui sont atteintes de cette maladie. On engagera les familles à ne pas prendre de domestiques porteurs de cette affection. Elle ne peut être une cause d'exemption du service militaire, lorsqu'elle se présente dégagée de toute complication. Car elle céde facilement à un traitement approprié.

C'est au contraire, une occasion de la combattre. Comme traitement le meilleur est l'attouchement au nitrate d'argent en solution forte, et si celle-ci reste inefficace, le curetage, à mon avis bien supérieur au brossage.

En résumé, il existe en Algérie, une conjonctivite très commune simulant le trachôme, qui mérite par sa fréquence, par les accidents graves qu'elle provoque d'être très bien étudiée. Il serait intéressant de savoir si cette maladie se présente sous cette forme en Tunisie, au Maroc, dans la Tripolitaine au Sénégal; dans les contrées, en un mot, qui présentent à peu près les mêmes conditions météorologiques que notre colonie d'Afrique, et c'est pour provoquer cette enquête que je me suis fait un devoir d'adresser cette courte note au Janus.

Dr. H. Gros.

INDES HOLLANDAISES.

Le béri-béri et l'alimentation avec du riz.

Le docteur M. W. Pijnappel (*Algemeen Handelsblad*, 9 Janv. 1898) et le docteur C. L. van der Burg (*Geneeskundige Courant*, 30 Janv. 1898) ont protesté contre la méthode que Mr. van Dieren suit dans ses discussions sur cette matière et ont démontré que tous ses livres ne donnent pas une idée exacte de ce qu'il veut.

On ne sait pas s'il veut seulement une alimentation plus active, dans laquelle il y aurait encore place pour le riz, ou s'il veut au contraire l'éliminer complètement.

On peut comprendre que Mr. v. Dieren donne une réponse à Mr. Pijnappel (*Alg. Handelsblad* 9 Févr. 1898) à laquelle celui-ci réplique immédiatement. Les deux articles ont une tendance tout à fait personnelle, qui n'apprend rien de nouveau. Mr. v. Dieren repond aussi à l'autre article dans la Geneesk. Cour. du 6 Févr. '98.

Il constate qu'il n'est pas possible d'éliminer le riz dans l'alimentation de l'armée, mais il veut que l'on donne du riz frais, très peu ou non décortiqué et de bonne qualité.

Enfin nous trouvons dans le Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indië XXXVII une défense du même auteur contre le docteur Gelpke; elle ne contient rien de nouveau, excepté un seul fait. Pag. 553 v. Dieren prétend avoir vu plusieurs fois des malades rapatriés, atteints de récidive du béri-béri. Il ajoute encore: »Il n'y a pas longtemps, que je vis des malades du béri-béri à bord d'un vaisseau norvégien. (Les hommes furent nourris pour une grande partie avec du riz; le traitement chez les Norvégiens est extrèmement mauvais)." Ce serait une observation d'un très grand intérêt, parceque jusqu' ici on n'avait pas encore observé des cas de béri-béri survenus sur un vaisseau en Europe. L'auteur ne nous apprend pas, si ce vaisseau revenait d'un pays chaud, ni aucune autre particularité. Mais nous ne pouvons cacher notre étonnement de ce que Mr. v. Dieren n' a pas saisi cette occasion de montrer ces malades à quelques confrères, habitués à observer le béri-béri, pour faire constater ce fait intéressant qui apporterait un grand appui à sa théorie. Pourtant Mr. le professeur Stokvis à relaté dans le Conseil Médical (*N. Rotterd. Courant*, 9 Mars '98) que cette affection n'était pas le béri-béri, mais une hydropisie aigue, anémique, qu'on a observée plusieurs fois dans ces derniers temps et qui peut être attribuée à une alimentation insuffisante.

Le docteur C. Eijkman commence une étude critique-historique sur le béri-béri et l'alimentation dans le Weekblad v. h. Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1898, I, 185. Il rappelle les résultats qu'on croit avoir observé dans la marine néerlandaise, dans la marine japonnaise et dans quelques prisons aux Indes anglaises en donnant une alimentation plus fortifiante. Dans cette première partie de son étude il publie ses recherches dans les archives des bureaux du ministère de la marine et de celui des colonies. Van Leent avait publié des chiffres qui démontraient que l'amélioration de la nourriture dans la marine néerlandaise en 1874 donnait des résultats excellents. Dans presque toutes les publications sur le béri-béri on trouve ces chiffres. Eijkman a étudié les conditions sur tous les vaisseaux où on a donné

aux matelots indigènes une alimentation semblable à celle des matelots européens. Mais les rapports des médecins ou des commandants de ces vaisseaux lui ont appris que les indigènes ne profitaient pas de cette nourriture.

Ils préféraient presque toujours prendre les aliments auxquels ils étaient habitués; même quand ils recevaient réglementairement la ration européenne, ils ne la mangeaient pas, mais prenaient le riz que les Européens avaient de trop. EIJKMAN donne des détails sur les vaisseaux à Atjeh et sur ceux, qui étaient en mission de longue durée, et nous voyons que le béri-béri ne diminuait pas par une amélioration de la ration. Il décrit cette ration en détail et il est bien remarquable que le béri-béri augmentait ou diminuait tant chez les matelots européens que chez les indigènes, quoique l'alimentation des premiers restât tout à fait la même. Les tracés montrant le nombre des malades dans les deux races ne sont pas tout à fait paralèles, mais ont en général la même forme, tandis que celui des indigènes est toujours plus haut et monte graduellement depuis 1878. Les améliorations de la nourriture n'ont pas eu d'influence sur le chiffre des malades. En 1889 l'alimentation est améliorée pour les matelots indigènes et justement le chiffre des malades augmente depuis cette époque chez les deux races et on trouve les chiffres les plus élevés quelques années plus tard quand les Européens ont aussi reçu une meilleure nourriture. EIJKMAN conclut que l'expérience faite dans la marine néerlandaise ne donne pas le droit de conclure à quelque rapport entre le béri-béri et l'alimentation.

Il continue ses recherches à la pag. 233 sur la marine japonnaise et démontre, que quoique le nombre des malades du béri-béri ait diminué depuis 1884, la quantité de riz avait été justement augmentée pendant cette année et qu'il est très probable que la ration améliorée n'était pas consommée par les matelots qui lui préféraient leur manière de vivre habituelle, c'est à dire de prendre plus de riz en été et un peu moins en hiver. Beaucoup de Japonnais ne veulent pas manger de la viande à cause de leur religion.

Il ne prétend pas, que l'amélioration d'alimentation n'ait pas eu d'influence sur le béri-béri, mais il croit qu'on ne peut pas avoir une opinion positive sur cette matière, parcequ'on n'a pas la certitude, que la ration améliorée ait été consommée par les individus observés.

Les observations dans les prisons des »Straits Seuttements" donnent pour résultat que la nourriture était très mauvaise depuis 1887 et qu'elle ne contenait pas de substances animales, ni d'huile, ni de fèves, mais beaucoup de riz (568 grammes par jour) complètement décortiqué. Nonobstant on n'observait pas d'influence nuisible, car le béri-béri ne se montrait pas du tout. On comprendra que Mr. EIJKMAN ne se borne pas à publier les résultats ici mentionnées; au contraire il produit les listes officielles de la composition de la ration qui diffère dans les différentes années et encore le nombre des marins, des malades en général, des malades du béri-béri, des défunts etc. Il est possible ainsi de controler ses études minutieuses.

Pag. 275 du même journal l'auteur donne un aperçu des dernières recherches et des derniers essais faits aux Indes orientales lesquels ont été déjà rapportés dans le »Janus" et profite de cette occasion pour démontrer que Mr. v. DIEREN a soulevé un débat qui est spécialement néerlandais, parceque dans ces derniers temps on s'est plus spécialement occupé aux Indes de recherches purement scientifiques sur le béri-béri sans placer au

premier plan des théories sans fondement. Il fait voir que Mr. v. DIEREN cite seulement les phrases des différents auteurs, qui peuvent donner quelque poids à sa théorie, mais qu'il ne les cite pas toujours exactement. Le docteur EIJKMAN cite encore un mot du professeur VON HELMHOLTZ (Vorträge und Reden, I, S. 15): »Es giebt ja viele Leute von engem Gesichtskreise, die sich selbst höchlichst bewundern, wenn sie einmal einen glücklicher Einfall gehabt haben oder ihn gehabt zu haben glauben" et il démontre de nouveau que les recherches scientifiques ne permettent pas de dire que la cause du béri-béri soit due à l'alimentation avec du riz.

Le docteur v. GRAVENSTEIN observait 5 cas de béri-béri récent et 12 cas de récidives dans la population de Titawaai (Ile de Nousa-Laut). Tous ces malades avaient été attaqués de béri-béri après un séjour de quelque temps à l'île de Céram, pour y préparer le sagou. Ce qui est très intéressant c'est que *tous n'avaient jamais gouté de riz*, à l'exception d'un seul qui avait en mangé un peu il y a sept ans passés. Ils mangent du sagou avec des légumes, du poisson, de l'huile de cocos, quelques mollusques, des chauves-souris etc. Mais pendant leur séjour à Céram ils consomment moins d'albumine et de graisses (Gen. Tijdschr. v. N.-I. XXXVIII 92.)

Le docteur VORDERMAN (Gen. Tijdschr. v. N.-I. XXXVIII 47) répond à Mr. VAN DIEREN et démontre que ses attaques personelles n'ont pas de valeur, parceque Mr. VAN DIEREN croit que Mr. VORDERMAN a quelque fonction officielle dans les prisons, ce qui n'est pas le cas. Il démontre que les chiffres qu'il a donné devaient être calculés de la manière qu'il a choisie, parceque la population des prisons diffère de jour en jour. Quoique le débat soit très intéressant pour ceux qui le suivent dans tous ses détails, il me semble qu'il suffit de dire, que Mr. VORDERMAN montre d'une manière excellente qu'il a raison. Mr. VORDERMAN et beaucoup d'autres personnes avaient l'idée en 1896 que le riz avec le péricarpe offrait plus de résistance aux influences nuisibles que celui sans le péricarpe. Mais des recherches sur une grande échelle (qui seront publiées en détails dans quelque temps) ont montré, que dans un climat, comme celui de Batavia, le riz muni de son péricarpe ne peut pas être conservé pendant longtemps et qu'il est beaucoup plus tôt attaqué par les insectes que le riz dépourvu de péricarpe. Le résultat de ces recherches est que: »Plus que le riz est »décortiqué, mieux il résiste aux attaques des insectes et plus longtemps »il peut être conservé".

Ce récit de Mr. VORDERMAN est annoncé par le Professeur FOKKER (Ned. Tijdschr. v. Gen. 1898 I, 629), qui est d'avis que VAN DIEREN doit être protégé contre ses adversaires aux Indes. Mais le Docteur EYKMAN (Ned. Tijdschr. v. Gen. 1898 I, 682) répond, qu'il est temps enfin, que les médecins hollandais, qui n'ont jamais vu les Indes orientales cessent de donner leurs opinions et laissent les examinateurs aux Indes tranquillement à leur travail. Cependant Mr. FOKKER (id. 773) constate, qu'il n'a pas pris le parti du docteur VAN DIEREN, qui a donné seulement une opinion, mais qui n'a pas fait des recherches.

Il est nécessaire de rappeler encore les recherches du docteur VOORTHUIJS, mentionés déjà à pag. 631 du »Janus".

L'auteur contredit décidément l'opinion que l'alimentation avec du riz soit insuffisante, quoiqu'elle soit monotone. Les coulis chinois mangent autant de riz qu'il leur est possible, avec un peu de poisson séché et quel-

ques legumes, un peu d'épiceries, de temps en temps un oeuf salé et deux fois par mois une bonne portion de porc ou un canard. Cela leur donne alors une indigestion, pour laquelle il faut prendre quelque médecine laxative. Pourtant ce couli chinois est un excellent ouvrier, qui peut fournir une quantité extraordinaire de travail et montre une grande dose de résistance.

Les Indiens ne prennent presque pas de viande et jamais de porc. Ils usent de l'huile de cocos, quand les Chinois usent du saindoux.

Le riz vient tous les mois de Rangoon et l'auteur ne peut pas trouver la cause de cette épidémie dans le riz, parce qu'il n'est pas concevable, qu'une seule entreprise parmi les quatre qui prennent toutes leur riz à la même grange, ait reçu pendant quatre mois du riz vénéneux, tandis que la provision dans le magasin était renouvelée tous les mois.

La maladie débutait presque toujours par une élévation de la température du corps s'élevant jusqu'a 38°-39° C. pendant quelques jours et on pouvait constater par la palpation et par la percussion une hypertrophie de la rate, ce qui était confirmé dans la moitié des cas par l'autopsie.

L'épidémie était très grave; on observait surtout la forme oedémateuse du béri-béri. Il y avait 90 malades. On décida de donner à la moitié des malades la nourriture habituelle (du riz, du poisson, des oeufs et du lait, tous les quatorze jours du porc) et à l'autre moitié absolument pas de riz, mais au contraire de la viande, de la soupe, des pommes de terre, du pain et des fèves. Mais une observation prolongée ne pût donner la conviction, que le béri-béri guérit plus tôt avec le dernier régime.

L'auteur croit que le béri-béri est une maladie infectieuse pour les raisons suivantes.

Le béri-béri se montrait seulement dans *une* des quatres entreprises, qui recevaient le riz de la même grange.

La grande immunité des Chinois acclimatés.

La grande prédisposition des nouveau venus.

Le fait, observé plusieurs fois à Deli, que le béri-béri se montre spécialement sur les entreprises nouvelles. [1])

Le fait que le béri-béri se montre plus effrayant dans les trois premiers et les trois derniers mois de l'année pendant lesquels il pleut beaucoup et dans lesquels les coulis ont une manière de vivre sédentaire.

Le fait, que dans quelques années le béri-béri se montre subitement à la fois dans toute la résidence (province).

Le fait que les Européens qui contractent le béri-béri et qui partent subitement pour l'Europe, sont presque toujours guéris dans quelques semaines.

Le fait constaté par l'auteur qu'il y a des Européens attaqués par le béri-béri, alors qu'ils ne mangeaient *jamais* de riz.

Le fait que beaucoup de malades du béri-béri montrent déjà au commencement de la maladie une certaine anémie et que l'auteur trouvait une hypertrophie de la rate chez beaucoup de ces malades.

Le début de la maladie par de la fièvre.

A cause de cette opinion l'auteur examina le sang et trouva des plasmodies, qui ont quelque ressemblance avec les plasmodies de la malaria.

---

1) Quoique l'anchylostomiase puisse avoir beaucoup de ressemblance avec le béri-béri hydropique, on n'y trouve jamais des parèses ou paralyses.

Il est très difficile de voir ces plasmodies de la malaria, quand il n'y a plus d'attaques de fièvre.

Au contraire l'auteur trouvait toujours et régulièrement les plasmodies chez les malades du béri-béri, qui n'avaient point du tout la malaria, mais sans aucun doute le béri-béri, et dont plusieurs avaient présenté quelques symptomes de fièvre au commencement de la maladie, c'est à dire 8 ou 10 jours avant l'examen du sang. Il ne trouvait les plasmodies dans les corpuscules rouges du sang que très rarement. Dans le sang vivant il ne les voyait jamais, mais bien dans des préparations sèches, colorées d'après la méthode de Plehn ou d'haematoxyline et d'eosine. Ce sont des formes de figure différente, due à la fixation différente des pseudopodes. Presque toujours ils contiennent quelques vacuoles et un noyau peu coloré avec des corps noyaux et des grains pigmentés; ils peuvent former des spores; ces spores s'observent dans les corpuscules rouges du sang et ont des formes très polymorphes. L'auteur ajoute quelques dessins à sa communication et engage les médecins à compléter ses recherches.

Dans les derniers mois j'ai reçu des nouvelles de Java dans lesquelles on m'informe que les cas de béri-béri diminuent d'une manière assez importante, même dans les régions où l'alimentation n'est pas changée. Si ces informations sont justes, — et je n'en doute pas — et si le béri-béri ne revient pas dans les derniers mois de cette année, ce serait une preuve que cette maladie n'est pas causée par l'alimentation, quoiqu celle ci puisse avoir quelqu' influence, comme dans toutes les maladies infectueuses (voir pg. 213).

Dr. C. L. van der Burg.

L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE.

Congrès annuel à Edimbourg, Juillet 1898.

(Extrait des: *Journaux anglais et américains*).

C'est la 66e réunion annuelle de l'association médicale anglaise; elle a été tenue à Edimbourg les 26, 27, 28, 29 et 30 juillet.

Des questions de la plus haute portée scientifique ont été traitées par les hommes éminents venus de tous les points de l'Angleterre et de ses colonies; de nombreux médecins étrangers assistaient à ces imposantes réunions. Mr. le Prof. Blanchard de Paris, M. le Dr. Guiart de Paris; M. le prof. Osler de Baltimore et d'autres encore honoraient de leur présence cette grande assemblée qui ne comptait pas moins de 2000 médecins.

Une section nouvelle a appelé l'attention spéciale des congressistes celle des maladies tropicales. Son honorable président Mr. le Dr. Patrick Manson lui a fait prendre une importance méritée par les sujets intéressants et de tout premier ordre qui ont été traités comme nous le verrons plus loin.

Mercredi 27 juillet. Le Président (Dr. Patrick Manson) ouvre la séance par le discours suivant:

La politique de l'Association médicale anglaise a été spécialement visible dans ces dernières années, en comprenant dans ses opérations les colonies et les dépendances de l'Empire de même que les trois royaumes euxmêmes. Comme beaucoup de ces colonies et dépendances sont situées dans

la zône tropicale, qu'il y a une énorme population et qu'un grand nombre de maladies de ces contrées sont plus ou moins particulières aux tropiques, l'institution d'une section à part de médecine tropicale s'imposait et explique l'acte de l'association médicale anglaise.

En outre, les progrès remarquables qui ont été accomplis dans cette branche de la médecine depuis 20 ans, spécialement depuis la découverte en 1880, du parasite de la malaria par Laveran, ont été si grands que l'étude de la médecine tropicale s'est localisée fatalement, comme cela a lieu pour beaucoup de sujets de pathologie.

Chaque année le nombre des découvertes augmente; de nouveaux champs de recherches sont continuellement ouverts, et les pathologistes, les thérapeutes commencent à posséder des observations, des faits importants qui montrent les ressources que l'on peut tirer de la faune et de la flore des tropiques beaucoup plus riches que celles de la zône temperée; il en est de même de la faune et de la flore pathologiques. Il faut qu'il en soit ainsi. Les hautes températures et l'humidité excessive, dans l'ensemble, font partout une vie intensive pour tous les organismes vivants, normaux ou pathologiques.

A ce seul point de vue c'est une justification suffisante pour la création de cette nouvelle section mais il y a encore d'autres raisons. La profession médicale a un cinquième ou un sixième de ses membres exerçant aux tropiques. Aussi, l'intérêt du public à ce sujet augmente manifestement. Il me semble que le moment psychologique a été bien choisi pour opérer cette sélection, et considérant, la position dominante, qu' Edimbourg a toujours occupée dans le domaine de la médecine, je crois que cet événement arrive juste à point, pour tenir cette place.

Je n'ai pas l'intention, messieurs, de vous faire un long discours, mais je crois qu'il m'incombe de vous indiquer brièvement que dans la section tropicale spéciale, nous avons trois fonctions distinctes à remplir. Dans la 1ere il nous faut travailler pour l'organisation et l'affiliation des 5 ou 600 praticiens anglais qui sont plus ou moins directement interessés dans la médecine tropicale. 5 ou 600, cela forme une masse imposante qui jusqu' ici a été sans chef, c'est à dire, sans organisation, ayant seulement la conscience de ses devoirs, l'inconscience de sa grandeur et de son pouvoir, et absolument l'oubli de ses droits.

Second point. Nous avons à considérer que ces hommes que l'on propose de nous adjoindre et de faire entrer dans nos rangs ont reçu la même éducation que la nôtre.

Nous y gagnerons également de connaître des choses nouvelles et du plus haut intérêt professionnel c'est un thème très susceptible d'illustration; je n'insiste donc pas.

Enfin, comme 3e partie, nous avons à discuter les problèmes des maladies tropicales. Quoique on ait fait beaucoup dans ces dernières années, nous savons qu'il reste encore énormement à faire. La découverte de Laveran a brillamment illuminé nombre de choses restées obscures jusqu' ici, et a montré ce qui n'était même pas soupçonné, notre ignorance sur bien des points, entre autres sur l'étiologie de la malaria. A part ce que nous en avait dit Ross, nous ne savions absolument rien du parasite de la malaria en temps qu' existant en dehors du corps humain. De même nous ignorions l'endroit où il se loge, ses aspects divers et ce qui l'occasionne,

le fait développer et vivre après des mois, même des années d'attente dans le corps humain. La dyssentérie, cette autre grande intoxication des tropiques, est encore un livre fermé. La pathologie des abcès du foie non moins immobile, comme elle a toujours été, reste la questio vexata. Nous commençons à connaître un peu les symptômes, l'épidémiologie, la pathologie du béri-béri; nous n'en connaissons pas encore les causes vraies. La filaire, l'ankylostomasie, la dystomasie sont autant de sujets nouveaux plein d'obscurités malgré certaines données acquises, comme prévention et traitement. Il y a pour nous un travail énorme à faire, dont cet énoncé n'est même pas la dixième partie.

Je termine ces quelques remarques avec l'espérance que la création de cette nouvelle section recevra sa justification dans la somme et la qualité de travail que nous acquerrons à cette occasion; et que la section tropicale aura toujours sa physionomie originale dans les réunions annuelles de cette association.

Monsieur le Dr. Crombie, lieutenant-colonel-chirurgien, a ouvert la discussion sur »les fièvres des tropiques non classées". Mr. le Dr. Arnott, du même grade que le précédent orateur; Mr. le chirurgien-major Baker; Mr. le Major Davidson, Mr. le capitaine Hughes et Mr. le Dr. Thornhill (Ceylan), Sambon (Rome), Charles (Edimbourg), Mr. le Dr. Cousland (Swatow, Chine) et Cantlie (Londres) prennent part à la discussion.

Mr. le Dr. André Davidson (Edimbourg) lit un interessant article sur »Le problème malarique dans ses épidémiologies."

Mr. le Dr. Manson (Londres) décrit »L'apparence de pigmentation dans les lymphocytes en relation avec le diagnostic de la malaria".

Mr. le Dr. Sambon décrit, le pyrosis (Black-water fever) et cherche à placer cette fièvre dans la nomenclature de maladie.

Par suite de l'excessive mortalité qui existe dans la partie centrale et occidentale de l'Afrique par cette fièvre, le congrès envoie au conseil de l'Association une proposition, que le Dr. Saundby apporta le jour suivant:

»Le Dr. Saundby, président du Conseil, annonce que la section des maladies tropicales a demandé au Conseil l'autorisation de prier le gouvernement d'envoyer un pathologiste-expert dans la partie méridionale de l'Afrique pour étudier cette fièvre »the black-water fever".

Mr. le Dr. Thin, lit un travail »sur les caractères généraux des fièvres pernicieuses dans la Guyane anglaise". Un dessin montre le parasite de ces fièvres. Le major Yarr intéresse beaucoup par sa communication »sur les affections malariques des yeux". M. le chirurgien-major J. H. Tull Walsh communique au congrès son travail »sur les aspects cliniques et le traitement de la malaria". Mr. le chirurgien-capitaine W. J. Buchanan décrit les divers aspects »de la fièvre épidémique cérébro-spinale dans l'Inde". *Séance du jeudi*, 28 juillet. Mr. le Dr. Patrick Manson occupe le fauteuil présidentiel. Mr. Conolly Norman (Dublin) traite »du béri-béri dans les climats tempérés". Il semblerait admettre que cette affection n'est pas limitée aux seuls tropiques, car dans le Nord de l'Allemagne en Angleterre en Irlande, aux Etats-Unis etc... on en a constaté des cas il y a peu de temps.

Mr. le Dr. Sandwith (Le Caire) lit un mémoire sur »le traitement de la dyssentérie aigue"; il recommande le sulfate de magnésie, et le mélange de sulfate de cuivre 15 gr.; teinture d'opium 15 gouttes; amidon 30 gr., dans 1 litre d'eau. De nombreux orateurs prennent part à la discussion

qui suit cette communication. Mr. le Dr. Joseph Ewart (Brighton) vante l'ipéca trop oublié selon ce praticien, qui en a obtenu des résultats magnifiques dans le traitement de la dysentérie.

Mr. l'Inspecteur-géneral Turnbull fait connaître »Les entourages malsains" comme cause de la propagation de la fièvre jaune et de la peste bubonique".

Signalons encore »Un chapitre sur l'histoire ancienne de la découverte bactériologique" par Mr. le Dr. André Smart (Edimbourg).

»L'entrainement des officiers de régiment comme mesure préventive contre les maladies dans les armées des climats tropicaux" par Mr. le chirurgien-capitaine Louis Hughes. Enfin »La chirurgie aux tropiques" par Mr. le Dr. Jacques Cantlie.

Vendredi, 29 juillet 1898. C'est Mr. le Dr. André Davidson qui dirige et préside l'assemblée.

Mr. le prof. Simpson (Londres), autrefois établi à Calcutta, lit quelques pages sur »La Peste dans l'Inde" il fait l'historique des épidémies de peste dans l'Inde avec le développement de la récente épidémie et insiste sur la nécessité d'un service sanitaire pour ce pays.

Mr. le prof. Haffkine et Mr. le chirurgien-major Bannerman font une importante communication sur »La Preuve de la prophylaxie de la peste par les inoculations" et montrent que par la méthode d'Haffkine d'inoculation de sérum la mortalité pour les vaccinés, comparée aux non-vaccinés, était diminuée de 86 %.

Un extrait du rapport sur la pathologie de la peste fait au comité de recherche de l'épidémie de Bombay, par le chirurgien-capitaine Childe, est lu par le chirurgien lieutenant colonel Arnott.

Mr. le chirurgien-lieutenant-colonel Dimmock donne en détail les mésures prises à Bombay pour chasser cette épidémie.

Une discussion générale s'élève au sujet de la communication de M. le prof. Simpson; il semblerait ainsi que l'Inde ne puisse être débarrassée de cette terrible affection avant plusieurs années et qu'il est de toute urgence d'imposer des précautions sanitaires.

Mr. le Dr. Thornhill (Ceylan) lit un travail sur le »traitement du choléra".

Au moment de clore le congrès, le président Dr. André Davidson lit les résolutions suivantes qui sont adoptées à l'unanimité.

1°. Cette session reconnaissant la grande importance des recherches de M. le chirurgien-major Ross sur le développement de la protéosome dans le moustique, dans ses rapports avec l'étiologie de la malaria humaine, désire lui exprimer par la voix autorisée de son président sa profonde reconnaissance au nom de tous ceux qui s'occupent de pathologie tropicale, et l'assurer de l'intérêt et de l'espérance qui suivront son travail.

2°. Cette session inscrira de chaleureux remerciments au président pour la façon distinguée, malgré son état maladif, avec laquelle il a dirigé les débats de l'assemblée, et pour avoir fait apprécier la découverte géniale de M. le chirurgien-major Ross, à laquelle son propre nom sera désormais attaché.

3e journée. Mr. le ANDREW DAVIDSON, vice président, dirige les débats.

De la Peste. Mr. le Dr. SIMPSON lit un mémoire sur cette affection dans l'Inde. Mr. le prof. HAFFKINE et Mr. le chirurgien-major BANNERMAN, du service médical indien, apportent un travail intitulé: Essai du traitement

prophylactique de la peste par le sérum pesteux. — La mortalité a été considérablement réduite par ce traitement Ce mémoire est suivi de:

L'exposition de la théorie moustico-malarique et ses récents développements, par Mr. le Dr. Patrick Manson, président de la section des maladies tropicales.

Nous avons signalé la lecture de ce travail durant le congrès de l'association médicale anglaise; nous allons compléter notre premier article sur cet important travail par l'analyse du mémoire fait à son sujet par l'honorable Dr. Manson qui prévenu un peu trop tard, et à ce moment assez indisposé n'a pu donner au congrès toutes les explications, tous les renseignements nécessaires à ce probléme encore si obscur dans son étiologie, comme maladie tropicale — la vie historique du parasite-malarique — en dehors du corps humain!

Afin d'être compris de mes auditeurs, nous dit Mr. le Dr. Manson, qui n'ont pas fait d'études spéciales sur la malaria, je leur décrirai des faits indéniables qui leur montreront prise sur le vif l'histoire de ce parasite dans le corps humain.

Si l'on examine le sang d'un homme juste avant la manifestation d'un accès de fièvre intermittente on trouve proportionnellement aux globules sanguins un petit nombre de disques pigmentés d'une matière pâle protoplasmique. Au moment de l'attaque, les parties de pigment contenu dans les disques commencent à se concentrer et le protoplasma environnant s'arrange en un nombre de petites sphères. Bientôt après les débris du globule sanguin qui jusque là entouraient le corps pigmenté, qui est en réalité le parasite de la malaria, dépérissent, tombent, et les sphérules se dispersent d'elles-mêmes dans le courant sanguin. Un grand nombre est absorbé par les leucocytes; quelques unes cependant échappent et parviennent à envahir les globules normaux du sang. Aussitôt le nouveau venu, devient amiboide, avec mouvements actifs il se développe rapidement aux dépens de l'hémoglobine enfin il devient le large disque pigmenté dont j'ai parlé plus haut.

Tel est brièvement l'histoire dans le sang de l'homme de toutes les variétés ou espèces de malaria-parasite. Je devrais plutôt dire, d'une phase de ce parasite dans le corps, c'est à dire, de cette période qui sert à la reproduction du parasite qui déjà parle en maître dans la maison envahie.

Si on examine le sang malarique, on trouve parfois une forme du parasite qui ne semble avoir aucun rapport direct sur le bon état de l'organisme: Il faut attendre très longtemps pour que son développement soit complet et que le sang ait été renouvelé plusieurs fois. Cette forme est connue sous le nom de corps flagellé "flagellated body". Il consiste en une sphère pigmentée au centre ayant un certain nombre de longs filaments continuellement agités de vigoureux mouvements. Il arrive parfois que quelques uns de ces appendices se rompent et flottent librement dans le sang comme des épaves. Ces singuliers corps flagellés ne s'observent dans leur pleine existence que lorsque le sang a quitté le corps humain, d'où l'auteur conclut que le parasite de la malaria ne montre aucune ingéniosité pour s'échapper du corps humain; il est nécessaire, pour qu'il puisse s'échapper, qu'il soit aidé par quelque intermédiaire étranger et l'auteur pour des raisons spéciales, qu'il ne développe pas encore pense que le moustique est cet agent. Il n'est pas douteux, ajoute-t-il, que j'étais influencé, sur ces conclusions par mon ancienne expience du moustique

comme agent libérateur de la filaire sanguine, quoique j'ai eu quelques doutes à ce sujet. Dans la crainte ici d'en soulever j'ai placé deux plaques sous le microscope montrant la filaire à deux périodes différentes dans les muscles du thorax du moustique, et prouvant ainsi par une leçon de choses, les capacités de cet insecte comme transmetteur d'agents morbides.

Après cela, j'ai conclu que le moustique sucait avec le sang malarique, cette forme du parasite destiné à une vie extra-corporelle; que ce parasite se transformait dans l'estomac du moustique en corps flagellé; que la flagella se dégageait en vertu de son pouvoir de locomotion (probablement du mouvement Brownien) qu'elle pénétrait dans les tissus du moustique, et dans l'insecte, faisait naitre la phase extra-corporelle de cet important parasite. Telle était ma théorie. Nous allons voir maintenant comment les faits observés récemment l'ont confirmée.

Des circonstances m'ont empêché personnellement de travailler cet interessant sujet; mais Mr. le Chirurgien-Major Ronald-Ross a repris ces études et durant trois ans ne les a pas discontinuées; il en a prouvé la verité par des centaines d'observations, montrant nettement que le flagellum se développait rapidement dans l'estomac du moustique et que les filaments de ce corps rompus, brisés, s'échappaient hors de la sphère centrale; mais il reste quelque incertitude sur ce que devient le flagellum après cela. L'année dernière toutefois il eut la bonne fortune d'expérimenter sur une espèce de moustique qu'il ne connaissait pas encore, le moustique "dapple-winged", »aux ailes tachetées". Il nourrit quatre de ces insectes du sang d'un patient qui renfermait de nombreux parasites des espèces combinées, associées, à cette forme de fièvre appelée, fièvre d'été-automne. En examinant l'estomac de ces insectes, deux et quatre jours après qu'ils eussent mangé, il trouva dans les replis de leur estomac, des éléments figurés, des corps, qu'il n'avait jamais trouvés sur les centaines de dissections qu'il avait faites jusque là. Il vit un nombre de corps ovoïdes tachetes de pigment semblable comme coloration à celle que l'on trouve dans le sang sur le parasite de la malaria. Il semble tout d'abord difficile de concilier la présence de ce pigment dans ces corps avec l'absence de matière colorante dans les flagella. Heureusement on put tout concilier et cela avec l'aide d'un nouvel observateur américain. M. le Dr. Mac Callum, de l'Université de Johns Hopkins, qui a observé sur l'halteridium un parasite intra-corpusculaire d'oiseaux exactement semblable au parasite de la malaria chez l'homme; le but de ce flagellum libre est d'imprégner, de féconder quelques halteridia, et, de les préparer à entrer dans une nouvelle phase de leur existence. En regardant des préparations de sang contenant des halteridiums, Mr. le Dr. Mac Callum a observé les corpuscules parasites échappés du sang et les a vu prendre la forme sphérique. Un certain nombre de ces sphères ont émis des flagella, qui, en se dégageant, s'accumulaient sur d'autres sphères qui ne donnaient pas de ces fibrilles d'autres enfin rentraient dans ces corps: après un certain temps, les sphères impregnées changent de forme et sont animées de mouvements; elles, renferment la substance entière de la sphère originale d'halteridium avec son pigment. Ces corps ont un grand pouvoir de pénétration, indifféremment au travers des globules rouges et blancs et se meuvent avec liberté et activité autour du champ d'observation. On remarque ce nouvel aspect seulement après que le sang qui renferme ces corpuscules est sorti du

corps de l'oiseau. Quoi de plus probable dès lors, que l'objet visé, le but soit d'atteindre et de pénétrer dans les replis de l'estomac de quelque espèce spéciale de moustique qui les a ingerés? Il s'y trouve en effet et est pigmenté. D'ou par analogie, on peut insinuer qu'on trouve de la même façon le pigment dans les corps pigmentés de Ross.

Mr. le Dr. Ross a eu naguère l'occasion de disséquer un moustique d'une espèce différente, le moustique gris, qu'il alimenta du sang d'un malade atteint de fièvre tierce ordinaire. Il trouva dans l'estomac de la bestiole des corps pigmentés absolument semblables à ceux décrits plus haut.

Le gouvernement des Indes a donné enfin à ce savant, à Calcutta, un laboratoire convenable et la possibilité matérielle de continuer ses admirables recherches. A l'époque ou Mr. le Dr. Ross arriva à Calcutta la malaria ne sévissait pas; il dut donc se borner à des expériences sur des oiseaux, qui, chacun le sait, dans les climats très chauds sont très sujets à des maladies protozoaires du sang; ils ont des parasites intra-corpulaires presque identiques à ceux de l'homme. Il y en a 2 formes, l'une, la forme Labbé, appelée halteridium, l'autre protéosome et toutes deux possèdent la forme flagellée; l'une et l'autre ont du piment et sont arrondies comme dans le parasite de la malaria humaine.

Les circonstances ont permis au Dr. Ross d'étudier particulièrement la parenté du moustique par rapport au protéosome. Il trouva que le moustique gris commun, après avoir été nourri du sang des oiseaux infectés de protéosome renfermait des corps pigmentés identiques ou à peu près à ceux qu'il avait trouvés et bien examinés sur les moustiques »aux ailes tachetées" nourris du sang humain empoisonné par la malaria du type: Summer-autumn, littéralement: d'été et d'automne. Nous ne suivrons pas l'éminent chercheur dans les travaux qu'il a poursuivi depuis de longs mois à ce sujet et qui ont prouvé le fait d'une façon incontestable. Le but était atteint. Il n'y a plus qu' une question de détails ayant cependant une grande importance dans le développement et l'aspect des corpuscules rencontrés dans l'estomac des insectes en expérience, les uns granulés, d'autres hyalins... provenant de la rupture, dans le gaster, dont les replis sont ainsi infectés, par la coccidia protéosoma dont ces corpuscules sont les propres germes et qui pénètrent dès lors dans le torrent circulatoire et s'y développent avec les différents aspects dont nous avons parlé dans le commencement de cette analyse.

Ces germes ont été suivis par une dissection attentive et minutieuse sur des moustiques et rencontrés, dans les glandes de la trompe des dits insectes, lesquelles glandes fournissent comme on sait la secrétion que l'animal instille dans la plaie en faisant ses morsures; de là une forme réelle de l'infection paludéenne humaine mais est-ce bien le *plasmodium malariæ* que l'insecte introduit?... C'est un parasite en tout cas qui lui ressemble de tous points et que l'on ne pourrait différencier sous le microscope. Mr. le Dr. Ross, continue avec ardeur ces admirables recherches et mérite toutes les félicitations du monde savant que captive et passionne partout l'amour de la vérité scientifique. La vérité dans sa resplendissance s'en d'égagera certainement quelque jour.

Dr. MILLOT-CARPENTIER.

REVUE DE PARASITOLOGIE.

Archives de parasitologie. R. BLANCHARD.

Mr. STEPHEN ARTAULT donne une étude trés détaillée de la flore et de la faune des cavernes pulmonaires, nous n'avons à nous occuper que de cette derniere L'auteur a rencontré dans le contenu des cavernes: des amibes des cerco et des trichomonades; il a même trouvé une forme larvaire appartenant à quelque nématode, ce ver régulièrement fusiforme semblait étre la larve d'un tylenchus.

Mr. N.LEON rapporte quelques cas de myase en Roumanie, il parle également des pratiques de certaines guérisseuses qui se servent de fumigations pour expulser les larves. Ces fumigations ont pour principe actif la jusquiame.

Mr. le profr. R. Blanchard dans une note, fait remarquer que le procédé a été également employé en Angleterre. La diffusion de ce mode de traitement empirique usité dans des pays si distants les uns des autres s'explique par les incessantes migrations des gitanes qui sont très probablement les propagateurs du procédé.

Les larves des mouches suivantes out été rencontrées en clinique par mr. Leon: [1])

(1) Sarcophaga magnifica (onyxis suppurée chez un paysan).

(2) Sarcophaga carnaria (fosses nasales.)

(3) Musca domestica (nombreuses plaies et matières fécales.)

Mr. KOWALESKI décrit avec dessins à l'appui la tête du toenia malleus, il démontre que la dilatation en marteau de ce toenia très peu marquée dans le jeune âge, ne s'accentue qu'avec le temps.

Mr. ERNEST SETTI a trouvé un nouveau tristomum qui se différencie par des caractéres bien tranchés de tous ceux qui sont actuellement connus [2]) Ce parasite a été trouvé dans les branchies d'un poisson que l'on pêche trés rarement dans la méditerrannée (tetrapturus belone). Les dimensions du parasite sont les suivantes; longueur 5 millimetres 5 et largeur maximum 2 millimétres 25. L'animal s'épaissit d'avant en arrière. Tout le long du corps il porte des petits corpuscules chitineux qui ont des dimensions d'autant plus petites que l'on se rapproche davantage de la partie postérieure. Le parasite a deux ventouses céphaliques et une ventose caudale au fond d'un sillon. Cette dernière présente des rayons caractérisques au nombre de sept. L'auteur décrit l'appareil vitellogène qui forme deux bandes latérales qui se rejoignent pour rentrer vers le centre en arrière. L'appareil mâle plus central comporte un grand nombre de testicules, un canal excréteur et un pénis. La description du tube digestif est aussi trés complète. A la partie postérieure de la ventouse d'arrière se trouvent deux crochets possédant un manche très long et une lame fortement incurvée.

L'auteur en souvenir du zoologiste Albert Perugia son ami a donné au parasite qu'il a découvert le nom de Tristomum Perugiai.

---

1) Dans les pays chauds, l'infestation des plaies par les larves est extrêmement fréquente les ulcéres phagédéniques des convoyeurs kabyles, retour de Madagascar que nous avons eu à soigner par centaines au lazaret de Matifou, en étaient remplis.

MMrs. Verdun et Iversenc ont observé dans le service de la clinique de Mr. Mossé, un nouveau cas de cysticerque de l'encéphale logé dans le ventricule latéral gauche. Les auteurs font à ce sujet une étude d'ensemble et citent 43 cas, Voici leurs conclusions:

1⁰. Les cysticerques des ventricules cérébraux généralement libres ne paraissent pas appartenir à la variété de cysticerques en grappe.

2⁰. Ils se ramènent à l'une des 3 formes suivantes: Vésicule simple, vésicule avec tête, deux vésicules réunies par un pédicule, (l'une d'elles renferme une tête.)

3⁰. Parmi les cysticerques des ventricules, ceux du quatrième sont particuliérement fréquents.

4⁰. La présence de ces parasites détermine régulièrement de l'hydrocephalie chronique interne, de l'épendymite chronique et des troubles nutritifs dans la substance cérébrale avoisinante.

5⁰. L'ensemble des symptômes ne permet pas d'établir d'une façon certaine le diagnostic de cysticercose ventriculaire; ce qui domine ce sont les signes de compression dus à l'hydrocéphalie ventriculaire.

Alger le 25 Juin 1898. Dr. J. Brault.

[2]) L'auteur en donne l'énumération.

REVUE DES PÉRIODIQUES.

Revue des journaux de médecine Anglais et Américains sur le „coup de soleil" ou l'insolation.

Depuis peu l'étude de l'insolation a été fouillée dans tous ses recoins; les journaux anglais et américains que nous avons sous les yeux consacrent à ce chapitre intéressant de la pathologie un grand nombre d'articles très documentés dont nous allons faire mention.

Dans »Medical Record" New-York, Juin 1898, les différentes causes de la maladie, sont passées en revue par la plume autorisée de Sir Joseph Fayrer un des praticiens les plus éminents qui ait écrit l'histoire de cette affection, après l'avoir observée aux Indes.

»Connue sous le nom d'insolation, de coup de soleil, de fièvre chaude, de calenture, d'apoplexie, d'ictus solis etc. etc. cette affection est toujours le résultat de l'exposition directe de l'individu aux rayons solaires ou bien la conséquence d'une température athmosphérique élevée à l'ombre."

Le Dr. L. Sambon interprète autrement la maladie, et attribue à un microbe spécial le rôle principal de la maladie. Ce médecin italien, cité dans le journal américain, n'en donne pourtant pas encore la preuve certaine.

Ce qui intéresse dans la question, c'est le traitement. Il est des plus importants en tant que prophylaxie; aussi la monographie du Dr. Joseph Fayrer a-t-elle une importance réelle; elle fait une large part à l'hygiène des troupes en particulier, à leurs vêtements, aux parties du corps qui doivent être spécialement protégées, tête, épaules, et colonne vertébrale; en outre l'auteur recommande la modération dans l'alimentation et surtout dans l'usage des boissons spiritueuses et d'avoir le plus grand soin des troubles intestinaux.

Comme traitement spécial: eau froide jetée sur la tête et le corps; bain froid, affusions répétées, quinine, et phénacétine si la quinine ne réussit pas; opium contre l'insomnie. Sur 59 cas relevés dans la flotte des Etats-Unis en 1896, il n'y en eut pas moins de 40 qui furent occasionnés par le feu des machines des navires. Le Dr. JOHN D. THOMSON à cet effet disait qu'il y aurait lieu d'affecter à bord au traitement de ces maladies une chambre spéciale près du refrigérant et d'avoir la facilité d'abaisser graduellement la température du frais au froid.

LAVRAND, dans le Journal des sciences médicales de Lille, de mai et dans la Presse médicale de Juin, relate sous le nom d'insolation électrique la très curieuse observation d'un ingénieur qui resta exposé pendant une heure, à une distance de 3 pieds, des rayons données par deux arcs réunis par un courant de quinze ampères. Trois heures après il ressentait de la brûlure aux yeux et présentait tous les symptômes de l'insolation: larmoiement, érythème de la face et des conjonctives, névralgie sus-orbitaire etc. Le traitement classique amena la guérison de cette inflammation qui fut attribuée non à la chaleur des rayons lumineux électriques, mais au chimisme de ces rayons.

PHILLIPS (International Medical Magazine, Août 1897) dans un remarquable article: »Conditions météorologiques du coup de soleil" indique que le plus grand nombre des cas a été observé par une température moyenne durant plusieurs jours de suite. Cet auteur signale qu' à Boston ou il y a eu tant d'attaques de ce genre, celles-ci coïncidaient avec une température moyenne de 82° F. (13° au dessus de l'ordinaire); mêmes remarques pour la température de New-Orléans 82° F., mais sans qu'on ait eu à enregistrer une seule insolation dans cette dernière ville.

Phillips émet la proposition suivante:

Les insolations sont imminentes pendant les mois d'été alors que la température de chaqne jour ou de quelques jours consécutifs, parait égale ou à peu près à la température normale maxima de la période." L'humidité athmosphérique n'a pas d'influence. Il mentionne que sur 841 cas, 465 ont été complètement étudiés; sur ce nombre il y avait 30 % de sujets alcooliques; 50 % de buveurs modérés, et 20 % de membres de la société de tempérance ou de buveurs d'eau. Sur les 70 décès survenus, 60 % appartiennent aux ivrognes, 30 % aux buveurs modérés et 10 % aux sobres. (Edinburgh Medical Journal, Octobre et Novembre 1897).

Notons également »Trois morts d'insolation à Philadelphie" en juin de cette année où la chaleur fut intense pendant une série de plusieurs jours, et était restée la même pendant 72 heures.

Nous avons déjà parlé de l'idée conjecturale du Dr. SAMBON qui attribue à un microbe spécial les effets de l'insolation. Mr. Van Giesen de New-York, attribue la mort dans cette affection à l'action rapide et violente d'un poison naissant dans l'organisme sous l'action des rayons solaires intenses. Ce serait un effet analogue sur le système nerveux que le venin des serpents et l'empoisonnement est si rapide que le corps a peu de chance de réagir et d'éliminer le poison...... On va vite à dos d'hypothèse; mais de là arriver au but annoncé il y a loin.... *le dernier mot reste à dire.*

Dans »Montreal Clinique" avril 1898, on peut lire la description d'un micro-organisme trouvé par Cagicol et Lapierre dans le sang de patients atteints de »coup de chaleur". Ce nouvel élement morbide a été suivi et

étudié dans le laboratoire biologique de l'Université de Coimbre et semble être la cause de l'affection. C'est un microbe aérobie, linéaire, légèrement rétréci au milieu; il présente des filaments, est légèrement mobile, se colore à l'aniline mais ne prend pas le Gramm. Il se développe entre 30^0 et 37^0 mais il est tué instantanément à une chaleur humide de 70^0 à 75^0.

Nous trouvons aussi une analyse du même sujet dans »l'Intercolonial Med. Journ. of Australasia. vol. III. — Periscope. — »Du coup de soleil''.

Jackson, (Boston medical and Surgical Journal février 1894) donne le détail de 22 cas avec 5 morts. Température moyenne d'août plus de 80^0 F.; l'humidité durant la période chaude varie de 63 à 70 $^0/_0$. Le traitement classique par le froid a été employé avec des frictions vigoureuses, du massage, du brandy et la strychnine en injections sous-cutanées; la morphine a donné de bons résultats pour empêcher les convulsions.

Lambert (Medical News. N. Y. 24 juillet) a fait une étude semblable à la précédente au point de vue du traitement de l'insolation et a dressé quelques chiffres dont l'originalité frappera.

New-York:	Morts par toutes espèces de maladies	août 1896	1ère	semaine	809
	,, ,, ,, ,, ,,	,,	2e	,,	1810
	,, ,, ,, ,, ,,	,,	3e	,,	822
	,, ,, ,, ,, ,,	,,	4e	,,	736
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . .	. . .	. . .
	Morts par insolation	août 1896	1ère	semaine	11
	,, ,, ,,	,,	2e	,,	648
	,, ,, ,,	,,	3e	,,	66
	,, ,, ,,	,,	4e	,,	1

L'augmentation excessive de la chaleur et de l'humidité à été la cause relevée pour la mortalité excessive de la 2e semaine d'août.

Comme suite à ce compte rendu, je signalerai une recherche collective sur la nature de cette maladie entreprise par l'académie de médecine du Brésil. Les questions suivantes ont été ainsi posées: *(Med. Record.)*

1^0. Avez-vous observé des cas d'insolation? Si, oui, pouvez vous les attribuer exclusivement à la température indépendant de toute influence malarique? Si, oui, où et quel est le degré de chaleur atteint.

2^0. Avez-vous connaissance de la fréquence de ces attaques sur les ingénieurs et chauffeurs à bord de navires à vapeur?

3^0. Sont-ce les mêmes symptômes à bord, (coup de chaleur) que ceux que l'on observe à terre sous l'influence du soleil (insolation)?

4^0. Les cas d'insolation directe prennent-ils habituellement la forme hyperpyrétique?

Dès que nous aurons les réponses de ces questions nous les enregistrerons.

Pour terminer cette incursion dans ce domaine morbidement ensoleillé, nous dirons un mot du »Traitement Moderne de l'insolation''. C'est le Dr. G. F. Chander, in N. Y. Med. Journal qui nous le fournira.

En 1896, ce médecin a traité à l'hopital 197 cas avec 12 morts. La température a été de 105 F. jusqu'à 112^0 et 190^0 F.

On mettait de la glace sur la tête des malades dès leur entrée à l'ambulance et aussitôt ils étaient deshabillés; la température rectale prise, on les couvrait d'un drap sur lequel des morceaux de glace étaient disposés, un jet d'eau glacée était lancé sur le corps pendant 30 ou 40 minutes.

Le stimulant le plus efficace était un fin filet d'eau tombant d'une certaine hauteur sur le front pendant quelques minutes; on l'interrompait puis il coulait de nouveau. Après peu d'instants on injectait au malade quelques gouttes de teinture de digitale par la voie hypodermique à l'exception de ceux présentant un pouls plein, vigoureux, qui étaient saignés.

Quand la température arrive à 104 F. le sujet est couvert de couvertures et de bouteilles d'eau chaude afin de prévenir le collapsus. Quand la réaction se dessine nettement on donne du whiskey. La strychnine n'est jamais prescrite; les convulsions sont traitées par le chloroforme; l'alimentation par la sonde oesophagienne a été parfois nécessaire et on a dû recourir dans quelques circonstances aux injections s/s cutanées de whiskey, mais jamais de morphine. La mort paraissant due à la paralysie des poumons on a pu prolonger la vie d'une durée très longue par la respiration artificielle. Pour terminer le traitement: diète légère, stimulants, air frais, glace, et larges doses de boissons spiritueuses et d'acétate d'ammoniaque. Dr. Millot-Carpentier.

Pemphigus Contagiosus Tropicus. By the Rev. Hunter Finlay, M.D., Townsville, Q. The Australasian Medical Gazette. Il sévit aux tropiques du Nord Queensland une maladie connue sous le nom de »Lichen tropicus". Une autre maladie très répandue est la »petite vérole indigène". Beaucoup de monde croit que cette dernière est causée par le jus de la mangue. Mais l'auteur susnommé pense que la mangue est un fruit excellent, sans aucune action nocive. Il a donné à cette maladie le nom de »Pemphigus contagiosus tropicus". Dans la plupart des cas, elle commence par un on deux boutons contenant un sérum clair, assez semblables à ceux de la petite vérole volante, mais il n'y a pas d'augmentation de température. Il se produit une grande irritation de la peau, si violente généralement, que le malade ne peut s'empêcher de gratter les parties affectées. Les boutons crèvent par suite, et la sérosité qui s'en échappe est contagieuse pour les autres personnes et particulièrement pour les enfants. Chaque bouton ouvert est le siège d'une inflammation qui se manifeste par une aréole, et il arrive souvent que le corps du malade se couvre d'une multitude de petites plaies — Quant au traitement l'auteur préconise l'emploi de purgatifs.

S'il y a beaucoup d'inflammation il faut se servir d'une lotion, faite d'une partie de »Liq. plumbi subacet" contre sept d'eau distillée ou de pluie. L'auteur croit cette maladie contagieuse et recommande en conséquenee l'emploi d'une pommade désinfectante. *R.* Pulv. Acetanilid. Hyg. Subchlorid, a. a. gr. v. Vaselin. Alb., ℥i. m. Fiat Unguentum. Sig. A être appliqué aux endroits affectés, matin et soir. Pour les adultes doubler les quantités. La maladie n'est en aucun cas fatale.

Trosse.

Béri-béri. (Reproduction de »the Lancet Clinic") par Mr. le Dr. Olivier Norton chirurgien de la marine des Etats-Unis. Ce travail est un document précieux pour l'étude de cette maladie si curieuse à étudier et encore si incomplètement connue.

Synonymie. — Pan-neurite (Back); Barbiers (Indes); Loempoé (Java); Kakké (Japon). Maladie des sucreries (antilles françaises). Bad sickners,

(Ceylan). Barbiers est une expression, indigène dont l'origine est inconnue: Kakké signifie une affection des jambes. L'origine de béri-béri est obscure; c'est le nom donné à cette maladie par les Malabars. Béri et Singalais, c'est a dire de Ceylan, est synonyme de faiblesse, la repetition, de béri, veut dire certainement faiblesse poussée à l'extrème. On fait encore venir ce mot de Bhéri, mot indien, qui caractérisé l'allure d'un troupeau, et aussi celle du patient atteint de cette maladie.

Historique. — On trouve dans un travail chinois paru en 1321 des traces très nettes de cette maladie; l'auteur en fait remonter les traces au temps de l'Empereur Hawang-Ti 2697 B. C. Strabon en fait mention et Dion Cassius également 24 B. C.

Distribution géographique. On rencontre la maladie dans les deux hémisphères.

Etiologie. — Nous venons de décrire le bacille de Nepveu isolé du sang des malades, atteints de béri-béri, nous ne reproduirons pas les causes qui semblaient jusqu' ici capables de produire cette maladie et qui ne sont qu' occasionnelles comme les refroidissements, l'humidité, les sueurs, la fatigue, les maladies infectieuses antérieures, en tant que débilité; notons toutefois que le béri-béri est rare aux deux extrèmes de la vie; les hommes y sont plus sujets que les femmes; les accouchées y sont spécialement prédisposées. — La période d'incubation peut durer plusieurs semaines.

Anatomie pathologique. — Une sérosité abondante est répandue dans les aréoles du tissus cellulaire de presque tous les organes et spécialement dans celles des membres inférieurs. Le sang est habituellement noir et fluide.

Les principales lésions du béri-béri, consistent dans la dégénérescence du système nerveux périphérique, et parfois dans les racines postérieures des nerfs spinaux. (Baelz, Scheube, Pekelharing et Winkler).

Les nerfs moteurs sont surtout atteints, le phrénique, le pneumogastrique et leurs branches; on constate la disparition de la myéline et du cylindre-axe.

L'atrophie musculaire s'observe sur tous les muscles.

Le coeur est habituellement en voie de dégénérescence; on le trouve dilaté et quelque peu hypertrophié du côté gauche.

Symptômes. — Il y a l'aspect aigu et chronique. Les cas aigus sont soudains dans l'attaque. Sur un vaisseau japonais ayant 300 hommes d'équipage, dans le bassin de Yokosuka, (Japon) 70 hommes furent frappés en même temps de béri-béri et 20 moururent, le tout en une seule nuit.

Les symptômes de la forme chronique sont mal définis. On constate de la faiblesse générale, une tendance à la fatigue, une dépression mentale, l'augmentation des battements du pouls, de la sensibilité, de l'engourdissement et de la raideur dans les jambes, de l'oedème sur le tibia et aux malléoles, parfois des maux de tête, des nausées, des vomissements et de la diarrhée mais rarement de la fièvre. L'anxiété précordiale arrive bientôt, respiration anxieuse, faiblesse dans les membres inférieurs, dans les bras et les mains, et une sorte de parésie dans les muscles. Dans quelques cas la marche est impossible et l'incoordination des mouvements très marquée.

L'urine est diminué de quantité, il y a parfois de l'albumine. On note la constipation. L'anesthésie de la peau est générale. Après quelques semaines quand la maladie doit avoir une heureuse issue, tout rentre dans l'ordre graduellement. Le béri-béri laisse l'anémie à sa suite; souvent il reste de la paralysie et de l'atrophie de quelques groupes musculaires.

Diagnostic. — Une épidémie de névralgies périphèriques est probablement une épidémie de béri-béri.

Les névralgies de cause malarique ont parfois un caractère qui simule le béri-béri, mais cela est exceptionnel. De même pour certaines névralgies de cause alcoolique. Il se peut cependant que la malaria, le béribéri et les névralgies alcooliques soient réunis chez le même sujet.

Dans le lathyrisme, dû au poison du lathyrus sativus, il n'y a pas d'ardeur ni troubles cardiaques.

Dans la trichinose, la douleur est principalement dans les muscles du tronc, la tête et le cou a des troubles violents gastro-intestinaux précédent la douleur musculaire. Rien du côté du centre circulatoire.

Pronostic. Plus on se rapproche de l'équateur, plus les formes sont graves, ainsi que la mortalité. Celle-ci est toujours élevée quand les patients contiennent à vivre dans les mêmes conditions ou ils ont contracté la maladie. Les complications mortelles du béri-béri viennent du côté des poumons et du coeur.

L'isolement est nécessaire pour empêcher la diffusion de la maladie.

Traitement. — Il faut changer du tout au tout les habitudes diététiques du malade; l'envoyer au bord de la mer. Des toniques en nourriture et en boisons, on use des diurétiques au Japon.

Il est probable que cette affection aura bientôt le serum spécial qui doit donner l'immunité et aussi la guérison. (!?)

Tous les autres traitements recommandés jusqu'ici ne sont que symptomatiques. Dr. Millot-Carpentier.

Inoculation de la lèpre. Medical Record p. 268. Mr. le Dr. Osler (Johns Hopkins Hospital Bulletin) a fait savoir qu'il était possible d'inoculer avec succès cette maladie, malgré les assertions contraires de Hansen. Il ne regarde pas l'expérience d'Arning faite sur un condàmné d'Honolulu comme probante, cet homme étant déjà quelque peu lépreux. On sait que nombre de médecins ou d'étudiants, se sont inoculés sans résultat. La transmission héréditaire directe est extrèmement rare. Alverez au récent congrès, a déclaré qu'il n'avait jamais vu un enfant nouveau-né lépreux, le plus jeune sujet atteint qu'il ait rencontré avait trois ans et demi. M. C.

Un congrès de la Peste. (Med. Rec. 16 juillet). Le »Bombay Medical" et la »Physical Society" dans une réunion récente ont discuté une proposition émise par M. le Dr. Thomas Blancy de réunir un congrès à Bombay pour y discuter tout ce qui a rapport à cette affection.

La »Indian médical Gazette" dit que dans les archives de la société on trouvera beaucoup d'anciens documents du plus haut intérêt sur les épidémies de peste dans l'Inde dans les premières années du siècle, et il est, par conséquent très convenable que ces archives soient connues, analysées et comparées aux travaux récents qui ont paru dans ces deux dernières années. M. C.

Fièvre jaune. R Sodii bicarb. . . . . gr. cl.
Hydrarg. chlor. cor . . . . gr. $1/3$
Aquæ . . . . ℥ xl.
M. S. Trois cuillerées à thé toutes les heures. Sternberg.

Fièvre jaune, Notes cliniques de Mr. le Dr. JUST. TOUATRE de la faculté de Paris, médecin en chef de l'hôpital français. New-Orleans etc. Traduit du français par Mr. le Dr. Charles Chassaignac, président de la polyclinique de New-Orleans etc. etc.

La description du Dr. Touatre est graphique; tous les documents américains accumulés depuis si longtemps par les médecins américains, ont aidé et guidé notre confrere dans cette étude magistrale où tout est bien noté, prophylaxie, étiologie etc. et surtout le traitement de la terrible maladie; la traduction qui en a été faite a rendu d'une façon heureuse les tournures élégantes de style de l'auteur qui forment un des coins originaux de son travail. M. C.

MÉDECINE MILITAIRE ET HYGIÈNE SPÉCIALE DES PAYS CHAUDS.

De l'importance de se vêtir en guerre. New-York, Medical Journal, 2 juillet '98. Se préserver des froids a une importance capitale en campagne, mais se vêtir est encore plus nécessaire à un autre point de vue, comme l'auteur de cet article le demontre dans le «Daily-Mail» du mois de mai dernier sous ce titre: «Pourquoi les officiers anglais sont si souvent tués». Mr. le Capitaine NORTON, M. P. croit que ces officiers en portant une coiffure différente des de celle officiers indigènes, et des troupes sous leurs ordres, sont ainsi le point de mire spécial des tireurs ennemis. Cela est reconnu depuis longtemps en Europe par tous les officiers. Un ordre officiel du quartier géneral (no. 39, mai, 1898), prescrit à tous les officiers une blouse légère de couleur brune en coton, avec pantalons semblables. En campagne la coiffure doit être semblable a celles des troupes; les insignes du grade, peu apparents sont placés au collet, et une épaulette unie, plate sur l'épaule; vêtu ainsi l'officier n'est plus distinguable de ses hommes, ce qui diminuera considérablement la mortalité des chefs et sera aussi très apprécié des médecins militaires, qui étaient dans les mêmes conditions d'équipement que les officiers des troupes.

Effets secondaires des projectiles des armes modernes de petit calibre. N. Y. Med. 2 juillet. M. le Dr. G. FRANK LYDSTON (Chicago Medical Record, juin) indique dans un travail lu à l'école d'instruction pour les chirurgiens militaires que, la disposition, la douceur (relative), la propreté des balles modernes et des fusils en usage, diminue certainement de beaucoup le danger de l'introduction des matières septiques dans les blessures, ce qui avait lieu souvent avec les anciens projectiles en plomb. Cependant les balles, les boulets, en acier ou en nickel seront aussi corrodés par le suc des tissus, mais cette propriété irritante développée par ce moyen-là empêchera leur enkystement.

Dr. MILLOT-CARPENTIER.

Notes sur la malaria en relation avec les conditions météorologiques à Sierra Léone, par Mr. le Dr. E. WILSON, chirurgien-major, ancien officier-médical à Sierre Léone. In: The Indian Lancet, août.

Ce sont des tables où sont consignés les rapports entre la pluie tombée

et la malaria avec des séries d'observations pendant six ans. Comme conclusions pratiques l'auteur recommande de diminuer la viande et d'augmenter les légumes dans les rations quotidiennes des troupes, le résultat en serait immédiatement une diminution dans le nombre des malades.

Précautions sanitaires à prendre dans les climats tropicaux, pour l'instruction des troupes qui y sont envoyées. A Cuba, en particulier, des conditions particulières ont été faites et des instructions nombreuses ont été données aux troupes. Elles signalaient 1⁰. de nombreux foyers de fièvre jaune et les médecins savaient que le foie et les reins étant toujours les premiers organes atteints, il y avait lieu de prévenir les soldats habitués à l'intempérance d'avoir à se ménager et aux autres de ne pas s'adonner à l'ivrognerie.

Il y a lieu aussi de savoir que les soldats obèses résistent difficilement sous les tropiques.

Les médecins Cubains insistent pour que l'on ne mange pas de crudités, des fruits, surtout des mangues, qui favorisent l'éclosion de la fièvre jaune, ce qui est une erreur.

Les principaux foyers de l'infection sont les provinces et les villes de la Havane et de Matanzas, Sagua la grande, Cienfuegos et Placetas, et la ville de Puerto Principe. On recommandait également d'isoler tout régiment ayant présenté quelques cas.

2⁰. Dans les endroits où il y a des foyers malariques on doit savoir que l'eau et l'air répandent cette maladie; l'eau devra donc être bouillie et filtrée avant d'être consommée. Quelques médecins considèrent les moustiques comme les agents vecteurs de cette infection comme aussi de la fièvre jaune, on doit en tenir compte.

3⁰. Chaque soldat, dans cette pensée, recevra un moustiquaire pour se garantir dans sa tente.

4⁰. Des précautions seront prises pour éviter les insolations : pour améliorer et rendre plus pratiques aux tropiques les divers objets d'équipements : souliers, chaussettes, sacs etc. etc.

5⁰. Contre l'humidité et la rosée qui arrivent avec tant de précipitation dans ces régions, la tente-abri et les couvertures sont les seuls moyens recommandés.

6⁰. La vaccination et la révaccination contre la variole qui existe aussi dans ces régions est prescrite.

7⁰. Usage exclusif d'eau bouillie et filtrée pour tous les soldats.

8⁰. Emploi de hamacs le plus qu'il sera possible pour éviter le contact avec la terre et enfin soins minutieux de propreté.

Combien de ces excellentes précautions ont-elles été suivies ? ? M. C.

Contre la propagation des maladies vénériennes. Une question très intéressante a été discutée au parlement allemand, celle de l'endiguement des maladies vénériennes et de la responsabilité de ceux qui les propagent. Tout individu ayant contaminé son semblable devra indemniser celui-ci, ou sera puni d'emprisonnement. Il y aura toutefois quelques tempéraments à cette loi qui soulevera, si jamais elle est appliquée de nombreuses difficultés d'application.

Le soin des pieds du soldat. Sous le titre: Gerdeck (The National medical Review, Juin) recommande fortement le badigéonnage des pieds le matin, à midi, le soir et le jour suivant avec une solution de formol. Les souliers sont désinfectés par la même solution mise à l'intérieur. Il paraitrait que ce traitement prévient la macération de l'épiderme en endurcissant et en tannant les tissus. M. C.

Rapatriement des Malades dans les Expéditions Coloniales. En 1877, le transport l'*Annamite* fut mis en service, parceque l'amiral de La Grandière, gouverneur de Cochinchine, avait montré l'utilité de navires spéciaux, dits *transports-hôpitaux*, pour le rapatriement des militaires malades. En 1885, sept transports du même modèle étaient construits et, d'après Rochard, «aménagés suivant les plus étroites données de l'hygiène». Ces navires avaient coûté trente millions; ils étaient irréprochables, comme hôpitaux flottants, et pouvaient au besoin, en cas de guerre, transporter une brigade avec tout son matérial de campagne.

L'administration les fit suppléer par des bâtiments de commerce, plus ou moins bien installés, et appelés *bâtiments affrétés.* De l'expérience, faite pendant dix ans (1885—1895) avec ces deux systèmes, il ressort que les transports-hôpitaux perdent 18 malades pour 1000, et les affrétés, 26 pour 1000.

Grâce aux préjugés et à l'incurie de l'administration, les transports-hôpitaux qui avaient donné de si bons résultats, qui avaient rendu d'immenses services à l'escadre de l'amiral Courbet pendant la campagne de Chine, qui avaient permis au général Dodds, au Dahomey, de ne perdre que *cinq morts de maladie pour deux hommes tués à l'ennemi*, ces transports, dis-je sont désarmés et les désastreux affrétés continuent seuls à être utilisés ! ! !

Sur la prévention de la fièvre jaune. Nous signalerons brièvement dans »New Orleans Medical and Surgical Journal, May 1898, un article très originalement conçu, de Mrs. les professeurs Stanford et Chaillé de l'Université Tulaye, New Orleans. Sur »la prévention de la fièvre jaune etc.

Nos distingués confrères examinent tout ce qui peut intéresser cette vaste question de la contagion ou de la non contagion de la maladie par le contact direct, la vie commune de mêmes individus.

Ils concluent de l'analyse de tous les faits historiques qu'ils ont su parfaitement analyser:

1⁰. La propreté domestique et civique et spécialement du sol, et la pureté de l'air, est la mesure la plus digne de confiance ayant fait ses preuves de préservation. L'antisepsie partout.

2⁰. Lorsqu'un cas se montre dans les habitations on doit conduire le malade à l'hôpital, afin qu'il soit isolé puis désinfecter les maisons.

3⁰. Tout ce qui a touché le malade; tous les produits excrémentiels doivent être aussitôt désinfectés, faute de ces simples précautions la maladie s'étend.

4⁰ 5⁰. On limitera le foyer du mal par ces mesures appliquées surtout aux premiers cas.

6⁰ 7⁰ 8⁰. Considérations et intérêts commerciaux, ou particuliers ne

doivent avoir aucun poids, ni ne faire aucune restriction aux désinfections prescrites.

9⁰. Des officiers de la santé ont mission de donner au peuple et aux médecins toute l'assurance possible pour qu'ils se résignent a supporter ces violations de leurs droits personnels, de cela depend le salut qui se résume ainsi: propreté et désinfection. M. C.

Ministère de la marine italienne.

Direction du service de santé.

Objet: *Rélation statistique sanitaire* 1895—1896.

Nous avons le plaisir d'offrir aux lecteurs du »Janus" un rapport concernant la relation statistique sanitaire des corps de la marine et du personnel qui en dépend pour les années 1895—1896 que le ministère de la marine italienne a bien voulu nous envoyer pour-être publiée.

On y voit que les conditions sanitaires de notre armée furent pendant cet espace considérablement meilleures par rapport a celles des précédentes périodes statistiques, la moyenne de la morbidité et des malades, journellement en traitement par mille, étant sensiblement diminuée.

Cette moyenne, de 1873 a 1892, avait oscillé de 700 à 400 par mille; celle de 1893—94 n'était plus que 382 à 352; de 1895—1896 de 375 a 354 par mille soldats. Celle des malades journellement en traitement s'est limitée dans ces deux dernières années à 29 et à 28 pour mille tandis que pendant une période de 10 ans elle avait toujours suivi la courbe de 32 à 33 pour mille.

Le nombre des réformes, soit par choix très sévère au moment du tirage au sort, dans l'admission au service, soit encore par suite de l'amélioration de l'état physique de nos jeunes soldats, se maintient dans des proportions rien moins qu' élevées 8.41 et 7.72 pour mille. En 1895 les décès sont à peine de 3.95 pour mille, chiffre qui n'avait pas été observé depuis 1890.

En 1896 la moyenne des décès s'est élevée et a atteint 9.82. Mais nous ferons remarquer que pendant cette année la fièvre jaune éclata à bord du vaisseau royal »La Lombardia" à Rio de Janeiro donnant à elle seule un chiffre de mortalité de 5.66 pour mille et qu'une autre moyenne de 0.77 de décès est due aux 8 militaires qui périrent dans le naufrage d'un torpilleur, et aux 10 autres qui tombérent assasinés sous le fer homicide d'une horde de sauvages de Somali à Lafolé. On eut ainsi de ces faits accidentels une majoration de 6.43 pour mille, et si on les diminue du chiffre total de 9.82, il reste une moyenne de 3.39, chiffre inférieur à celui de l'année précédente.

Cette publication ayant été commencée en 1873, permet de commenter maintenant une vingtaine d'années d'observations.

Les maladies vénériennes et syphilitiques, comme statistique sanitaire des corps militaires, constitués spécialement de jeunes gens, furent comme toujours les plus nombreuses, mais en proportions moindres comparées à celles des deux années précédentes et avec une différence en moins de plus de 10 par mille, tant pour les maladies vénériennes que syphilitiques.

Si on examine la diminution que ces maladies ont montre depuis 20 ans, on constate des oscillations dans la fréquence en plus ou en moins de 1873 à 1888 et un chiffre s'élevant continuellement de 1889 à 1891, chiffre qui depuis a toujours été en diminuant jusqu' en 1896, montrant un progrès significatif.

De la comparaison des moyennes des cas de malades de l'armée de terre et des troupes embarquées, il appert, que le chiffre des moyennes est moins élevé à bord qu'à terre, à cause de l'ambience hygiénique meilleure qui y règne.

Pendant cet espace de 24 années, le progrès réalisé dans le bien-être physique de notre marine a été considérable, faisant descendre d'environ de moitié la moyenne des états morbifiques et des décès.

Cela n'est pas peu de chose pour la famille et la nation car cela se traduit pratiquement par ce fait que tant de jeunes gens appelés à la défense de leur propre pays, par un choix sévère au moment de l'admission au service, par le progrès des sciences médicales et par l'hygiène grandement répandue, sont renvoyés dans leurs foyers et rendus à leurs utiles travaux professionels, du commerce et des industries maritimes.

(Traduction de l'Italien de Mr. le Dr. M. C.)

Pour le Ministre STROFANI.

Mr. le Dr. Rho, médecin de 1ère classe de la marine italienne, rédacteur des Annali di medicina navale, *a bien voulu se charger de la rédaction de tout ce qui à rapport à ce sujet et notamment des comptes-rendus des divers articles publiés dans les Annales de médecine navale et coloniale de toutes les puissances maritimes; ce chapître donnera en outre des notices sur tout ce qui peut-être intéressant ou utile aux médecins militaires de la marine et à ceux qui exercent dans les pays tropicaux.*

EPIDEMOLOGIE.

Le Bacille de Kitasato, in The North-Chine Herald, traduit par E. TROSSE.

M. H. M. Birdwood, C. S. T., M. A. LL. D., a fait dernièrement a l'Institut Impérial une conférence où il nous a exposé que, de l'avis général, la véritable cause de la peste est le bacille, nommé d'après celui qui l'a découvert, le *bacille de Kitasato*. Cet animalcule ne peut se glorifier de sa stature, car il en faudrait 10000, mis bout à bout, pour faire une étendue d'un pouce, et 25000 placés côte à côte atteindraient à peine une semblable largeur: on pourrait en faire tenir environ cinq cent millions sur un timbre poste ordinaire. La forme est celle d'une baguette à bouts arrondis.

Ce bacille se cultive dans des milieux appropriés en présence de l'oxygène, se multiple par fissiparité et pullule en progression géométrique d'une manière effrayante. Son plus grand ennemi est le soleil, car l'exposition à une lumière vive le tue rapidement. Il est très sensible à l'action des acides faibles et des divers antiseptiques, et est détruit par une tempé-

rature de 140^0 Farenheit. On discute encore pour savoir si, suivant l'opinion commune, il peut réellement vivre dans le sol et s'y conserver.

Les cas de peste, constatés à Bombay, peuvent se ranger en quatre catégories:

1^0. Cas mitigés avec bubons, dus à des bacilles de faible virulence;
2^0. Cas graves avec bubons;
3^0. Peste à forme pneumonique, avec on sans bubons;
4^0. Peste à forme abdominale, ressemblant à la fièvre typhoïde.

La troisième sorte de cas était souvent prise pour d'autres maladies tant que les bubons accusateurs ne se montraient pas.

La maladie semblait se transmettre par inoculation à travers les éraillures du derme, ou par inhalation d'air infecté, dans la forme pneumonique. La durée de l'incubation varie ordinairement d'un à six jours, mais peut être plus longue.

Il parait que le traitement prophylactique du Dr. Haffkine eut un succès remarquable, puisque, sur huit mille personnes inoculées, *dix-huit* seulement ont contracté la maladie: encore les deux qui moururent, étaient elles déjà infectées quand on les inocula. Il faut heureusement peu de temps pour être protégé contre la contagion, tandis qu'il faut, dit-on, quatre jours pour être immunisé contre le choléra, sept contre la variole, quinze pour la rage, la protection antipesteuse est acquise en moins de vingt-quatre heures. Ajoutons que les auteurs sont loin d'être tous du même avis sur ce point.

Comme on doit s'y attendre, on a essayé bien des méthodes de traitement, sans grand succès d'ailleurs. Quatre-vingt pour cent des malades hospitalisés sont morts et la plupart de ceux qui sont sortis, étaient plutôt améliorés que guéris.

On ne sait rien jusqu' ici du mode d'importation de la peste à Bombay: il semble bien que, sanf dans la forme pneumonique, cette maladie est peu contagieuse, comme tend à le prouver cette constatation qu' en mai 1894 l'épidémie règnait à Hong-Kong avec une grande intensité et que pourtant, malgré les relations incessantes entre ce port et Macao, aucun cas ne fut signalé dans cette dernière ville. Il est certain que la peste est endémique en certains endroits et qu'elle essaime de ces points vers d'autres. En raison de ses caractères de contagiosité et d'infectiosité légères, on tend à la regarder comme de nature miasmatique, comme semblent l'établir les observations faites dans le nord de l'Hindoustan et en Chine.

Les rats sont d'abord infectés de la maladie: en émigrant, ils la transportent au loin, en dépit des cordons sanitaires les plus strictement établis: d'autres sources de diffusion sont les cadavres et le linge sale où le bacille peut vivre plus d'un mois. Une preuve du caractère miasmatique de la peste, c'est qu'elle sévit surtout par les temps secs, ou après une longue période de sécheresse, comme à Hong-Kong en 1894. La pluie contribue souvent à enrayer son développement, mais l'expérience n'a pas permis d'ériger ce fait en règle absolue. La grande chaleur suffit parfois à détruire complètement les bacilles. Cet hôte malfaisant ne semble point avoir de prédilection pour une espèce de sol, on pour un état particulier du terrain plutôt que pour un autre: il résiste aussi bien sur le flanc stérile d'une colline que dans un vallon abrité, dans un sol humide que dans un terrain sec.

Un point absolument hors de contestation, c'est que la peste est la maladie des gens pauvres et mal nourris et non des individus riches et bien soignés. Très peu d'Européens en sont atteints, et la plupart de ceux qui tombent malades, se rétablissent. Même dans les anciennes épidémies de l'Europe, ce fait fut nettement observé: les pauvres mouraient, mais les riches en réchappaient. [1])

L'expérience de Bombay montre clairement que le bacille de Kitasato n'est pas un ennemi à dédaigner: quand il s'est implanté quelque part, il s'en laisse difficilement déloger. Les mesures sanitaires, prises par les autorités municipales de Bombay, ont consisté en désinfection par la combustion du soufre, lavages à l'eau de chaux, nettoyage et désinfection des égoûts, large distribution des antiseptiques, enlèvement des obstacles à la libre circulation de l'air et de la lumière, enlèvement des toitures, déménagement forcé des habitants des demeures infectées et enfin désinfection ou destruction des objets souillés. De nouveaux cas se sont encore produits dans les maisons assainies, mais en petit nombre, et ces retours offensifs de la maladie étendirent leurs ravages sur des territoires beaucoup plus restreints qu'au début de l'épidémie. Plus tard des mesures sévéres furent prises pour l'isolement plus rigoureux des pestiférés, mais on eut à lutter contre de grands obstacles, suscités par l'ignorance et les préjugés du peuple. Reconnaissons pourtant qu'il était assez naturel de protester contre l'installation d'hôpitaux où mouraient quatre-vingt pour cent des malades.

On a beaucoup écrit sur l'état d'insalubrité de Bombay en général, et surtout de plusieurs de ses quartiers indigènes, mais il est indispensable de signaler que le chapelain de la prison Byculla, homme très au courant de la question, écrit au *Times* pour dire »que malgré la densité de la »population, la condition des pauvres de Bombay n'est pas plus misérable »que celle des pauvres des grandes villes de l'Europe".

Il y a beaucoup de renseignements d'une haute valeur à recueillir dans la conférence de M. Birdwood, tant pour les administrateurs que pour les simples citoyens. En admettant que les premiers soient dûment instruits des nouvelles expériences faites, rappelons aux autres qu'un corps bien nourri dans une maison bien nettoyée, bien ventilée et bien chauffée n'a rien à craindre de la peste. La lumière du soleil, déversée en grande quantité, est le véritable désinfectant naturel.

Dr. A. Faidherbe.

La commission cubaine de la fièvre jaune. In: (Journal of the Mississippi State Medical Association, Mai). Messieurs les docteurs Harris A. Gant, J. R. Tackett et H. M. Folkes ont adressé au ministère de la Santé, un rapport détaillé sur la fièvre jaune; nous résumerons brièvement les points les plus importants de ce travail.

On peut incriminer dans la dissémination de la maladie la plupart des objets d'un usage journalier: literie, linge, objets de toilette, et d'habillement, tapis, rideaux, les divers aliments, le café, le thé, le sucre, les jambons mis sous toile ou en sacs. On a incriminé les fruits sans preuves sérieuses; on peut les interdire; on doit également se méfier de tout ce

---

1) Voir Janus tome II, page 54, ce que dit le Dr. Faidherbe et qui est en contradiction avec cette assertion. (N. D. L. R.)

qui s'emploie couramment papiers, livres, journaux etc. l'ennemi est un peu partout comme on voit.

La période d'incubation varie de 24 heures à 40 jours. Il y a des différences entre les caractères symptomatiques de la maladie chez le nègre qui a toujours la fièvre beaucoup moins forte que les autres habitants vivants dans les pays chauds. Ceux qui viennent des pays plus froids sont beaucoup plus sensibles à la fièvre et meurent en plus grand nombre.

L'attaque a lieu ordinairement la nuit et par exception le jour.

On trouve un enfant 90 fois sur cent cas; la maladie est quelquefois prononcée chez ceux-ci, mais ce n'est pas l'ordinaire, et le contraire s'observe le plus souvent.

La température monte rarement très haut, 103^0 F. 103^0,5 est le niveau habituel.

Le pouls est serré en proportion avec la fièvre; il dure ainsi pendant la 1ère période de la maladie; pendant la seconde il est calme plus lent ou reste stationnaire tandis que la température s'élève ou bien reste normale. Il n'est pas rare d'observer un ralentissement considérable des pulsations tombant quelquefois à 36 à la minute et en moyenne à 56 pendant le stade rémittent et la convalescence, pour remonter peu à peu à la normale.

La face du patient est d'abord congestionnée, les yeux sont brillants; elle exprime la vivacité et l'inquiétude, qui se changent bientôt en anxiété pour devenir hagarde et bientôt pour ne plus être qu' hébètée. Les yeux prennent peu à peu une teinte jaunâtre à la sclérotique qui se congestionne; les cils résistent à l'inflammation longtemps. Les épistaxis sont fréquentes et quelquefois un dangereux symptôme. La peau est presque continuellement moite, prend une teinte jaune quelquefois bronzée, plus accentuée au cuir chevelu et aux oreilles; elle exhale une odeur caractéristique différente de celles des autres fièvres, de la malaria par exemple; on peut la comparer a celle d'un nid de souris.

La douleur est un des principaux symptômes de la fièvre jaune c'est à la tête, au niveau des tempes qu'elle apparait d'abord; les maux de reins ouvrent la scène les deux premiers jours, puis dans les membres inférieurs. Une sensation de constriction envahit le corps et provoque de la dyspnée. La langue est normale au début, mais quelques heures après elle commence à se charger, devient rouge sur les bords et à l'extrémité; quelquefois elle s'élargit et s'épaissit sans jamais prendre l'aspect malarique, mais semble avoir un revêtement comme du coton; la bouche est mauvaise au début et devient fétide à la fin. L'estomac est sensible, il y a des vomissements au début avec des nausées puis du mucus est rejeté et souvent aussi de la bile. Le ventre est douloureux sans tympanisme; une constipation opiniâtre est la règle; les selles sont noires ou gris-noir. Les reins ne fonctionnent plus bien; l'urine est souvent supprimée; le peu qui est produit renferme de l'albumine 75 fois sur cent. Du sang pur y est aussi mêlé, la cystite est fréquente. Troubles de l'appétit non au début de la maladie mais durant la période de calme.

L'insomnie est la règle dans les premières nuits par suite de douleurs dans le dos et à la tête. Une agitation perpétuelle dure parfois plusieurs nuits, suivie d'une dépression nerveuse typique. Des vomissements noirs ou couleur lie de vin ou encore d'eau de vaisselle sont de règle.

Ou observe également des hémorrhagies de l'utérus chez la femme et

les jeunes filles près de la puberté y sont particulièrement sujettes. Chez les enfants les glandes parotides et sous-maxillaires sont presque toujours enflammées. M. C.

Diagnostic anatomo-pathologique de la fièvre jaune. La peau et la sclérotique ont une teinte ictérique. Ecchymoses dans le dos, au cou, sur les épaules, à la région lombaire, aux cuisses, aux jambes et aux oreilles. Le ventre est sec, exceptionellement on y trouve un peu d'ascite. Le foie est contracté mais il déborde les côtes; il est jaune buis, exsangue et friable. La vésicule biliaire est revenue sur elle-même, habituellement elle est vide, parfois elle contient un liquide épais et comme du goudron. Rate normale ainsi que les reins; l'estomac a sa muqueuse pâle, exfoliée par place avec des ecchymoses et renferme des matières noires. Les intestins renferment des mélæna également; le coeur enfin présente fréquemment des traces de dégénérescence graisseuse.

Le traitement de la maladie a été maintes fois décrit. Nous n'insisterons point sur ce point. M. C.

Fièvre jaune. In: Public Health, 2 juillet. Mr. le Dr. Lacerda réitère son assertion qu'il est possible d'arrêter les progrès de cette terrible maladie dans une ville quelconque en détruisant les maisons humides où le soleil ne pénètre pas et qui sont bien connues comme étant les foyers de l'infection et en désinfectant avec le plus grand soin celles que l'on ne peut détruire comme aussi les cales des navires. Les germes meurent dans les égouts et à la clarté du soleil, c'est l'air qui est leur véhicule habituel et seulement dans un rayon limité. Bien qu'ils puissent être véhiculés par les vêtements, les marchandises etc. Mr. le Dr. Lacerda conclut que les individus qui semblent réfractaires à cette maladie par acclimatation, peuvent perdre cette immunité en demeurant pendant huit mois dans un climat tempéré. (Gaz. Medicale de Bahia, février.) M. C.

La fièvre jaune des tropiques par Mr. le Dr. Wolfred Nelson de New-York, Medical Record, août. Nous avons déjà analysé un précédent travail du même auteur paru il y a peu de temps, cet article lui fera suite.

La fièvre jaune entraine après elle bien des complications et souvent des plus pénibles, que telles des éruptions divers, des furoncles, le gonflement des parotides et parfois leur suppuration etc. etc.

Malaria. — Tous ceux qui vivent aux tropiques gagnent cette malade à de très rares exceptions près. Cet empoisonnement n'immunise pas contre la fièvre jaune et réciproquement.

Le Dr. Wolfred donne des considérations importantes sur l'anatomie-pathologique de la fièvre jaune; elles ont plusieurs fois été notées dans l'analyse d'autres travaux sur le même sujet; elles en sont la confirmation, nous n'insisterons pas; nous tenions simplement à signaler ce travail important de notre distingué confrère. M. C.

Fièvre jaune. The Medical Record, 2 juillet. De bonnes nouvelles en sont données par Mc. Henry, Miss., qui annonce que depuis quelques jours aucun nouveau cas ne s'est déclaré à Cuba et qu' une quantité de sérum de Sanarelli contre cette fièvre, a été envoyée par le gouvernement espagnol. D'après Mc. Henry il y aurait eu 15 cas, du 20 mai au 13 juin. M. C.

Un autre germe de la fièvre jaune. Mr. le Dr. EDWIN KLEBS, prof. de pathologie et de bactériologie à Chicago, a découvert un autre germe de la fièvre jaune qu'il pense être la véritable cause de cette maladie. Cet organisme est absolument distinct du bacille de Sanarelli; il pénétrerait dans l'organisme comme le fait le bacille de la fièvre typhoïde. On n'a pas encore fait de cultures et d'expériences avec ce germe amiboïde; il aurait été simplement coloré avec une mixture de fuschine, le bleu de métylène et le vert de métyle.

La peste et le sol. Le Dr. LAWRIE DE HYDERABAD, (in »Indian Lancet" 16 mai) est absolument persuadé que la peste est surtout propagée par le sol des habitations; il en a trouvé les élements dans des maisons qui semblaient ne pas être infectées, dans les proportions de 50 %. De la boue grattée d'un plancher fut donnée à un rat vigoureux qui mourut 36h après de la peste. Le Dr. Lawrie imagina le système de brûler les parquets mais n'obtint pas les résultats qu'il espérait, excepté en faisant creuser le sol d'un pouce et demi et en mêlant et arrosant avec une substance antiseptique puissante et en réduisant les résidus en cendres. Un fait semble donc acquis, c'est le sol qui détient les germes de la maladie; les murs, la toiture des maisons ne semblent pas retenir les éléments infectieux; c'est pourquoi à Bombay, le comité de la peste a recommandé avec instance les badigeonnages et ce fut tout.

La peste. The Medical Record. La peste va en augmentant dans les ports du sud de la Chine, par contre elle est en décroissance à Bombay.

La crainte d'une épidemie à Calcutta a fait naitre une plaisanterie inepte. The Medical Press, dit que dans cette ville où les indigènes ont une frayeur épouvantable des inoculations préventives et violentes, quelques mauvais plaisants auraient suscité une alarme considérable en entourant des piétons attardés la nuit, sous prétexte de mettre à exécution la dite cérémonie de l'inoculation et, en leur enfonçant des épingles dans les chairs; ce qui ne contribua pas peu à mettre la population en révolte ouverte.

Culture pure du bacille de la lèpre, (Med. Record). M. le Dr. J. M. BYRON montre les spécimens de cette culture à la »New York Pathological Society". Il ne peut donc plus exister de doutes sur l'existence de cultures pures de ce bacille. Les dits specimens représentaient la quatrième génération. Ils proviennent d'un malade sur lequel ils ont été pris huit mois auparavant à l'hôpital de la Charité.

La lèpre à Cuba. Mr. le Dr. WILLIAM T. CORLETT, in : (Cleveland Medical Gazette, Mai) dit que l'on rencontre fréquemment des lépreux dans les rues de la Havane. Il y a du reste de semblables malades dans presque tous les hopitaux d'Europe. Pour M. le Dr. Corlett, la lèpre et la syphilis ont un grand nombre de points de ressemblance. Ainsi, après inoculation, le sujet peut rester en bonne santé des mois et des années (ce qui est bien problématique avec la vérole). Finalement la maladie se développe et produit les symptômes qui lui sont particuliers: le tubercule et la forme nerveuse. Pour l'auteur l'huile de chaulmoogra est le meilleur traitement de la maladie. Il est fâcheux que dans cette relation Mr. le Dr. Corlett

n'ait pas dit un mot du bacille de Hansen et des essais heureux de sérothérapie de M.M. Carasquilla et Yersin

---

La Réaction de Widal chez les indigènes de l'Inde, par Mr. le Dr. W. G. Brown, Penang. La prétendue immunité des naturels de l'Inde à la fièvre typhoïde, d'après Mr. le chirurgien-major Freyer, tombe devant les faits d'observation de Mr. le Dr. Brown qui a multiplié ses recherches sur le sérum du sang des indigènes de différentes parties des Indes. Il n'a pas trouvé de différence entre les Malais, les Chinois, les Siamois et autres, Européens ou d'autres races et les Indiens propres; le sang, qu'il a examiné chez tous ces sujets ne possède aucun pouvoir agglutinatif spécial.

Pour reconnaître la grippe dans les cas douteux. In: *Revista de Med. y Cir. de la Habana.* X^bre 25. Il suffirait de prendre une goutte de sang au bout du doigt du malade, de le renfermer dans un tube bien clos avec du coton et de l'y laisser au dehors pendant 24 heures. Le sang à ce moment sera converti en une culture de diplo — et de strepto — bacilles caractéristiques de la grippe, visibles à un grossissement de 600 ou 700 diamètres. Si le résultat n'est pas obtenu en 24 heures on attend 48 heures??

Le bacile du béri-béri. Medical Record, et Centralblatt für innere Medicin N⁰. 11. Mr. le Dr. Nepveu a découvert 3 variétés de baciles dans le sang de sujets atteints de béri-béri, un gros un moyen et un petit. Le n⁰. 1 se trouve rarement dans le sang des vaisseaux, il est dans ce cas associé avec les deux autres formes, il a de 6 a 10 millièmes de millimetre de long et 0.3—0.4 de large; il est droit ou légèrement courbe; avec les extrémités arrondies d'une coloration plus foncée. Le n⁰. 2, le moyen, a 3 ou 4 millièmes de millim. et seulement 0.3 de large. On le trouve en abondance dans les artères, les capillaires et veines du rein. Le n⁰. 3 ou petit bacille du béri-béri est très nombreux dans le sang, il est la reproduction réduite des deux premiers. Il est bien probable que ces trois formes sont identiques, on pourrait les confondre, tant elles se ressemblent, avec le bacille du choléra des poules et celui de la septicémie des lapins.

Note sur un cas de béri-béri. Par Mr. John Frederick Nall; Clayfield, Brisbane. In: The Australasian medical gazette (avril). Un homme de 20 ans, engagé à la station de Bulli-Wallah près de Clermont, avait vu se developper tous les symptômes classiques du béri-béri; il attribuait cette maladie au campement pendant un temps humide, et peut-être a l'eau impure dont il avait fait usage. Pendant quelques semaines le malade fit usage d'une mixture contenant de l'acide nitro-hydrochlorique et de la strychnine et put reprendre son travail étant parfaitement guéri de tous les symptômes de cette maladie. (!)

Le diagnostic de l'amaurose malarique et quinique. Journal of eye and throat Diseases, avril. Mr. le Dr. Juan Santos Fernandez, de la Havane, dit que le diagnostic entre l'amblyopie quinique et malarique peut être fait par l'examen du fond de l'oeil. On trouve des altérations de la rétine chez les paludéens; tandis qu'il n'y a que des troubles schémiques dans l'intoxication quinique. Dr. Millot-Carpentier.

CIRCULUS THERAPIÆ.

Traitement du sarcôme »inopérable" par le fluide du Dr. COLEY (toxines de l'érysipèle). »The Lancet" de février a publié un long article de Mr. G. Mansell Moulin, où se trouve consigné tout ce qui a rapport au traitement des sarcômes inopérables par la liqueur du Dr. Coley; ce serait fort beau et de nombreux succès encourageraient cette tentative hardie, dangereuse cependant pour les patients, dont un certain nombre ont été atteints de pyohémie, de collapsus, et de diverses suppurations. La regression des tumeurs sarcômateuses, dites inopérables, arrive fréquemment par le fluide Coley et fait espérer qu' un avenir moins triste est réservé aux malheureux cancéreux. M. C.

Un remède révulsif de Rhazès. Comme on peut lire dans Bouchut (Hist. de la médecine etc. pg. 246) Rhazès employait un curieux traitement de la sciatique emprunté à Archigenes, et qui consistait dans une violente revulsion opérée sur le rectum. Il donnait des clystères extrêmement forts, avec de la coloquinte et du nitre au point de produire des évacuations ensanglantées. Rhazès ajoute qu'il avait vu pratiquer cette méthode à l'égard de mille personnes, sans qu'il en eût jamais vu une où ce reméde eùt manqué de bien réussir, à moins que ce ne fût dans un cas si invétéré qu'il ne pouvait se guérir sans y mettre le feu.

Huile de ricin à l'extérieur. Les animaux de toute espèce ont un dégoût particulier pour le ricin. L'oiseau, la chèvre, le cheval y touchent avec répugnance; les insectes, la sauterelle, les vers s'en éloignent comme de la peste et en préservent leurs retraites, jusqu'à la taupe qui s'éloigne avec empressement des racines de cette plante. Or ce ne sont pas seulement les animaux, il y a assez de monde qui a une aversion invincible contre l'application de l'huile. Ceux là pourront appliquer la méthode de Mr. Beloll.

Mr. le Dr. Beloll emploie de l'huile de ricin tiède en frictions sur l'abdomen des enfants souffrant de constipation. Il parait que cela fait le même effet que par la bouche. La méthode est très ancienne et populaire.

THÉRAPIE D'OUTREMER.

Le melaleuca viridiflora et la grippe. Notice sur l'essence pure de Melaleuca viridiflora par le Dr. DUBOUSQUET DE LABORDERIE, in Thérapeutique Médico-Chirurgicale. Dans ce travail, présenté à la Société de Thérapeutique, le 8 juin 1898, notre confrère expose les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la grippe par l'emploi du goménol, essence de Melaleuca, alias de niaouli. Cette essence provient de la distillation des feuilles fraîches d'un arbre de la famille des myrtacées qui pousse à la Nouvelle-Calédonie, surtout aux environs de Gomen où se trouve une distillerie importante. On ne se sert que des feuilles âgées d'un an, les seules donnant une essence fixe.

Le melaleuca est un grand arbre à tronc tâcheté de blanc et de noir, dégageant une odeur pénétrante et suave; de l'avis des indigènes et des voyageurs, les feuilles de cet arbre suffisent à l'assainissement des marais et leur infusion dans une eau suspecte rend ce liquide, propre à la consommation. Le professeur Bouchardat confirme cette croyance dans son »*Manuel de Matière médicale*". Les Canaques en font une panacée univer-

selle et l'employent en macérations, en infusions, en frictions et en cataplasmes, surtout contre la malaria, la dyssentérie et le choléra. M. C.

Contre les morsures des insectes. La formule suivante est recommandée comme prophylactique contre les morsures des insectes:

R. Aeth c. spir. 5 Aq. Coloniensis, Eucaliptoli 10 an. Tinct. pyrethrae 15.

Cette solution diluée avec la quantité quadruple ou quintuple d'eau est appliquée comme lotion.

Les moustiques en quarantaine. In New-York Med. Journ. La Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie du 23 juin recommande le moyen suivant pour se préserver de ces désagreables visiteurs. Brûler aussitôt que ces insectes arrivent, gros comme une noisette de poudre de pyrèthre; cette fumée leur est tellement désagreable que ces bestioles s'envolent à tire-d'ailes et qu'on ne les revoit plus... de la nuit. (Autrefois le Rad. Heleni était aussi recommandé à ce but; peut-être avec le même succès.) M. C.

THÉRAPIE POPULAIRE.

Opothérapie du Tétanos (in: Miscellany p. 305). Les recherches publiées par WASSERMANN et TAKAKI dont on connait l'importance, pourraient bien renverser les théories actuelles sur le mécanisme de l'immunité artificielle.

On sait que le produit filtré d'une émulsion de moëlle et de cerveau de divers animaux et vraisemblablement de l'homme aussi, neutralise les toxines tétaniques et exerce une action immunisante et thérapeutique sur les animaux empoisonnés par la toxine tétanique.

Wassermann attribue ces faits extraordinaires à une affinité particulière entre la toxine tétanique et certaines cellules complexes du système nerveux central....?...

Du Gelsemium, par le Dr. H. P. NOTTAGE. Bien connu de tous les médecins, cette plante qui a fait ses preuves en thérapeutique dans l'influenza, par exemple, a été l'objet d'une étude complète de la part de M. le Dr. Nottage.

On sait qu'elle appartient aux Loganiacées et qu'elle a l'action de l'aconit sur les névralgies du trijumeau et qu'elle s'emploie surtout sous forme de teinture de X à XXV gouttes. La gelsémine qui en est le principe actif est très toxique et son action comme mydriatique se fait déjà sentir à 0.001 milligramme.

Succès des injections d'acide phénique dans le tétanos. (In: Gazzetta degli osp. 13 mars.) Mr. le prof. BACCELLI de Rome confirme les bons effets de cette pratique dans 30 cas suivis d'une seule mort:

1	pour	30	avec les injections d'acide phénique.			
8	»	40	»	le sérum de Tizzoni.		
4	»	11	»	»	»	n⁰. 1 de Behring.
2	»	9	»	»	»	n⁰. 2 » »

On emploie la solution phéniquée à 2 ou 3 $^0/_0$, depuis les $^3/_4$ d'un centigramme en injection sous cutanée, jusqu' à 35 centigr. sans inconvénients. M. C.

Comment éviter le mal de mer. Indian Lancet. Jusqu' ici aucun remède efficace n'a encore été découvert contre le pénible mal de mer. Mr. THOMAS MOY a observé dans une traversée, que certains mouvements du bâtiment provoquent le mal de mer et que d'autres ne produisant

aucune perturbation. Le vaisseau à trois sortes de mouvements un élévatoire et de chute, du vaisseau tout entier; un oscillatoire longitudinalement sur son centre de gravité, et enfin un autre roulant en travers. Le roulis longitudinal aurait une tendance à provoquer le vomissement. . . . . A tous ces mouvements étudiés consciencieusement Mr. Moy oppose une couchette placée en ligne droite avec la quille du bateau, la tête du voyageur sera tournée dans la direction de la machine, et il se couchera sur le côté gauche. Le succès répond, parait-il, à la simple observation de ces conseils. (??)

Naphtol-Beta comme taenifuge. In »Therapeutics notes" Colonna d'Istria (Gazzetta degli ospidali e delle cliniche, Mai 17) a constaté la supériorité, de ce médicament comme taenifuge; il le donne à la dose de 4 gr. 50 en plusieurs fractions de 0.75 centigr. toutes les 2 heures.

Un remède empirique des maladies de coeur. Un médecin irlandais nommé Green traitait avec grand succès les maladies de coeur par un médicament dont il augmentait les attraits en l'enveloppant de mystère. Après sa mort un correspondant du New.-Y. Med. Journal peut nous apprendre que ce remède consiste dans un extrait fluide des fruits de l'aubépine (Crataegus Oxyacantha L.) extrait préparé selon la Brit. Pharmacopoea. Le correspondant loue les effets de ce traitement, d'origine populaire, dans les cas compris sous la dénomination générale de »maladies de coeur«. Nos confrères sont invités à expérimenter ce médicament et cela a plus forte raison parce qu'on vient, de le recommander d'un tout autre côté contre l'angine de poitrine. Aussi cette nouvelle nous vient de l'Amérique.

Or, c'était Dr. Jennings, de Chicago en 1896 qui faisait une communication sur cette plante dans les maladies du coeur. Ensuite le »Kansas City Medical Record" contient une lettre du Dr. Joseph Cléments, lue devant la société de médecine de Jackson County (Missouri) sur les propriétés de ce végétal dans l'angine de poitrine (24 Mars 1898). Le Dr. Cléments était luimême le sujet d'expérimentation atteint d'angine de poitrine depuis longtemps avec des attaques revenant fréquemment. Il avait vainement tout essayé. Il eut recours au Dr. Jennings pour obtenir un petit approvisionnement d'extrait fluide de Crataegus Oxyacantha dont il prit d'abord six gouttes, puis dix avant les repas et le coucher. Le pouls redevint bientôt régulier, égal, puissant; les palpitations disparurent peu à peu. Le traitement dura une année interrompu une semaine, de temps à autre, et repris un jour ou deux chaque fois depuis lors; tous les symptômes pénibles de cette grave affection avaient disparu. M. C.

VARIÉTÉS

Comme preuve qu' en Amérique l'intérêt pour les études médico-historiques va toujours croissant nous pouvons communiquer que les professeurs et »lecturers" de l'histoire de la médecine apparaissent de plus en plus dans les écoles de médecine des Etats-Unis. Aussi les périodiques contiennent nombre de données historiques. En outre l'intérêt des médecins pour ces études se montre par le fait que l'»Epitome of the History of medicine" est épuisé en peu de mois. Comme l'auteur M. le prof. Roswell Park nous communique une deuxième édition est sous presse.

Importance du rôle des phagocytes. C'est la contre épreuve, sous la forme phagocytaire, qui fait que les microbes ne parviennent pas à nous détruire aussi facilement que cela aurait lieu sans la lutte que leur livrent les phagocytes. Dans l'intoxication tétanique le fait est prouvé d'une façon très nette et la note américaine analysée ici, qui n'est que la réproduction d'études suivies et controlées dans tous les laboratoires de bactériologie confirme l'importance des phagocytes pour le tétanos en particulier.

NÉCROLOGIE.

Dr. PEPPER.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de l'un de nos rédacteurs, le célèbre Dr. Pepper, Professeur de l'Université de Philadelphie, décédé à Pleasanton Cal. le 28 juillet dernier à l'âge de 55 ans. Savant des plus éminents, William Pepper était nommé professeur de pathologie à l'âge de 25 ans, et élu doyen de la Faculté en 1881. Sous son habile direction l'Université de Philadelphie était arrivée à un haut degré de développement; aimé de ses amis et honoré de ses concitoyens Pepper était à la fois éminent clinicien et professeur éloquent. Il avait été élu président du premier congrès général des médecins américains.

W. Pepper est mort des suites de la grippe dont il avait ressenti les premières atteintes l'année dernière. Auteur du »System of medecine" et des »Diseases of children" (en collaboration avec Meigs), Pepper s'intéressait à tout ce qui touchait à la science médicale comprise dans sa plus large acception avait bien voulu l'un des premiers s'incrire au nombre de nos rédacteurs, mais la maladie qui lentement a mis fin à ses jours, l'a malheureusement empêché d'apporter au Janus le tribut scientifique, qu'il nous avait promis. La mort de ce savant est une perte cruelle pour la médecine. Plusieurs écoles et établissements scientifiques de Philadelphie transmettront son nom à la postérité.

GEORGES EBERS.

Tous les journaux littéraires ont, à l'envi vanté les mérites de Georges Ebers, décédé à Tutzing (près Munich), le 7 Août dernier. Egyptologue de premier ordre, Ebers s'était aussi occupé d'archéologie médicale et dès la création du Janus, nous avait apporté l'appui de son autorité. Tout le monde à entendu parler du célèbre Papyros médical découvert par Ebers, qui porte maintenant son nom. Ce précieux document auquel nous devons la meilleure partie de nos connaissances sur la science médicale de l'ancienne Egypte a en outre beaucoup contribué a éclairer les origines de la médecine hellénique.

Ebers était né a Berlin le 1 mars 1837. Il suivit d'abord les écoles de Kottbus et de Quedlinbourg, puis l'Université de Gottingue. En 1868 il était nommé professeur extraordinaire à Jéna et de là passait à l'université Leipsic où il professa de 1870—1889. Les dernières années de la vie d'Ebers ont été malheureusement attristées par une maladie chronique qui le faisait beaucoup souffrir.

Ouvrages reçus pour analyse:

Secours aux marins des grandes pêches. Bateaux-hôpitaux des oeuvres de mer par M. le Dr. Bonnafy, médecin en chef de la marine, membre du conseil supérieur de santé de la marine. (Extrait du bull. de la soc. de géogr. de Toulouse, mars—avril 1898). Impr. Lagarde et Sebille, Toulouse, 1898.

La fièvre typhoïde, la tuberculose et la malaria devant l'hygiène, par le Dr. Solman, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Guelma. A. Maloine, Editeur, Paris, 1898.

Historische studie over Lepra, voorn. in verband met het voorkomen dezer ziekte in Nederlandsch Oost-Indië, door Dr. T. Broes van Dort, te Rotterdam, Uitgegeven door W. J. Van Hengel, Rotterdam en G. Kolff & Cie. Batavia, Augustus 1898.

X Die Heilpflanzen der versch. Völker und Zeiten. Ihre Anwendung wesentlichen Bestandtheile und Geschichte. Ein Handbuch für Aerzte, Apotheker, Botaniker und Droguisten von Dr. Med. et Phil. Georg Dragendorff, Prof. ord. emer. der Universität Dorpat. Lief. 5 (Schluss). Preis 6 M. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1898.

Yellow Fever. Clinical notes by Just Trouatre, M. D. (Paris), Former Physican-in-Chief of the French society hospital, New-Orleans; Member of Board of Experts. Louisiana State Board of Health. Translated from the French by Charles Chassaignac, M. D., pres. New-Orleans Polyclinic; Editor New-Orleans Med. & Surgical Journal, etc. New-Orleans, N.-Orleans Med. & Surgical Journal, Ltd. 1898. Pr. B. $ 2,50, prepaid.

Le Pain de Froment par M. le Dr. Tifon, docteur ès sciences naturelles, Médecin de l'hôpital Saint-Joseph, etc. Editeur, Maloine, 23 Pl. de l'Ec. de Médecine, Paris, 1898.

Pest, Bubonenpest, von Dr. Scheube, San.-Rath u. Fürstl. Physicus in Greiz. Separat-abdruck aus der Real-Encyclopädie der gesammte Heilkunde, dritte gänzlich umgearb. Auflage.

Note sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie du sommeil, par J. Brault, professeur, et J. Lapin, préparateur à l'École de Médecine d'Alger. Extrait des Archives de Parasitologie. G. Carré et C. Naud, Editeurs, 3 Rue Racine, Paris.

Notre prochaine livraison contiendra: La distribution géographique de la lèpre (suite) par le Dr. E. Ehlers. Eine medicinisch-kulturgeschichtliche Studie von Dr. L. Hopf. Zur Geschichte der Organtherapie (I. Geschichte der modernen Organtherapie; II. Vorgeschichte der Organtherapie; III. Rückblick und Kritik. Isopathie, Humor und Satyre, Wissenschaftliche Kritik). Leprosy is incurable, by Dr. A. Ashmead. Rapport sur l'importante découverte de l'hôpital militaire d'une garnison romaine à Bade près de Zurich; Sir Jos. Fayrer par le Prof. A. Davidson (avec portrait)). Revue des périodiques. Communications thérapeutiques. Epidémologie. Circ. therapiæ. Variétés. etc.

COLLABORATEURS

Dr. A. Adamkievicz, Prof. Vienne. Prof. Dr. G. Albertotti, Modena. Dr. M. Albricht, Surabaya (Java). Dr. T. Aoyama, Prof. Tokyo, Japon. Dr. A. Avila, Merida, (la Mexique), Dr. J. H. Baas, Worms, Dr. Ch. Banks, Puri Jaganath, (Bengal). Dr. W. Basler, Offenbourg. Dr. Wolf Becher, Berlin. Dr. E. Below, Berlin. Prof. Dr. C. Binz, Bonne. Dr. Beugnies, Givet. Dr. Ch. Binet, Angers. Dr. J. Bloch, Berlin. Dr. E. Bonnet, Paris. Dr. Broes v. Dort, Rotterdam. Dr. F. Buret, Paris. Dr. C. L. van der Burg, Laag Soeren, Hollande. Dr. Burot, méd. princ. de la marine, Rochefort. Dr. J. Brault, médecin-major Prof. Alger. Dr. J. Bijker, méd. mil. 1e Cl., Batavia. Dr. Cabanès, Paris. Dr. A. Calmette, Lille. Dr. J. Carlsen, Copenhague. Dr. Caroë, Copenhague. Dr. A. Corlieu, Paris. Dr. K. Däubler, Berlin. Dr. Ch. Denison, Prof., Denver, Colorado. Dr. J. M. H. v. Dorssen, Batavia. Prof. N. S. Davis, Chicago. Prof. D. v. Düring, Constantinople. Dr. Edv. Ehlers, Copenhague. Dr. A. Eulenburg, Prof. Berlin. Prof. Dr. C. Eykman, Utrecht. Dr. P. Fabre, Commentry, Dr. K. Faber, Copenhague, Dr. Al. Faidherbe, Roubaix. Prof. Dr. Fasbender, Berlin. Dr. L. Faye, Christiania. Dr. Fiebig. Bandjermasin, Borneo. Dr. Ch. Fiessinger, Oyonnax. Dr. J. Finlayson, Glasgow. Dr. Rob. Fletcher, Washington. Prof. Dr. V. Fossel, Graz. Dr. Burnside Foster, St. Paul (Minnesota). Dr. Foustanes, Syra, Grèce. Dr. Franklin, Paris. Dr. R. Fuchs, Klotzsche, (Dresde). Dr. G. Foy, Dublin. Dr. O. Funaro, Tunis. Dr. A. Geijl, Dordrecht. Dr. L. Glück Serajewo. Dr. Gordon Norrie, Copenhague. Dr. L. C. Gray, Prof., New-York. Dr. M. Greshoff, Harlem. Dr. L. M. Griffiths, Bristol. Dr. E. Grijns, Weltevreden, (Batavia). Dr. A. Grünfeld, Rostow. Dr. Fr. Guermomprez, Prof. Lille. Dr. J. Guiteras, Prof. Philadelphie. Dr. Gros, Lourmel-Algérie. Dr. T. von Györy, Bude-Pest. Dr. L. Hahn. Paris. Prof. A. H. Hare, Philadelphie. Dr. Hârsu, Brosteni-Succava. Dr. M. Heitler, Vienne. Dr. Helfreich, Prof. Würsbourg, Prof. Herrgott, Nancy, Dr. F. Hermann, Charkow. Dr. P. Heymann, priv. Doc. Berlin. Dr. J. Hirschberg. Prof., Berlin, Med. Rath. Dr. J. Ch. Huber, Memmingen. Dr. Otto E. A. Hjelt, Prof. Em. Tråskånda (Finlande). Dr. M. Höfler, Tölz-Krankenheil (Bavière). Dr. K. B. Hofmann, Prof., Graz. Dr. Th. Husemann, Prof., Göttingue. Dr. A. Magelssen. Christiania. Dr. Abr. Jacobi, New-York. Dr. V. Janowski, Prof., Prague. Dr. Ch. Jewett, Brooklyn. Dr. I. Jonassen, Reykiavik, Islande. Dr. Ax. Key, Prof., Stockholm. Dr. S. Kirchenberger, Vienne. Dr. J. H. Kohlbrugge, Tosari, (Java). Dr. Ad. Kronfeld, Vienne. Dr. R. Krul, la Haye, Dr. P. Kaufmann, Caïre. Dr. Kuo Jung Kan, Hou-Kuan (Chine). Dr. H. Laehr, Prof. Berlin, Dr. E. Lancereaux, Prof., Paris. Dr. R. Landau, Nuremberg. Dr. L. C. Lane, Prof., San Francisco Dr. G. Lane Mullins, Sydney (N. S. W.) Dr. E. von Leyden, Prof., Berlin. Dr. Liétard, Plombières-les-Bains. Dr. Lin Ching, Hou-Kuan (Chine). Dr. Magelhaens, Prof. Rio de Janeiro. Dr. N. P. Marjantschik, Kiew. Dr. M. Martin, Munich. Dr. J. J. Matignon, Pékin. Dr. M. Mendelssohn, Berlin. Dr. Mendes de Leon, Amsterdam. Dr. C. Mense. Cassel. Dr. Millot-Carpentier, Havrincourt, Pas de Calais, France. Dr. Müller, Teheran, Perse. Dr. Neuburger, Vienne. Dr. Arthur Newsholme. Brighton. Dr. A. W. Nieuwenhuis, Batavia. Dr. F. Baron Oefele, Neuenahr. Dr. Roswell Park, Prof. Buffalo. Dr. Cl. Paster, Munich. Dr. Pervez, méd. de la marine 1e Cl. Boulogne s/M. Dr. H. Peters, Nuremberg. Dr. L. H. Petit, Paris. Dr. E. Pergens, Bruxelles. Dr. G. Petella, méd. 1e Cl. de la marine, Rome. Dr. J. E. Pilcher, Columbus Barracks, Ohio. Dr. J. A. Portengen, méd. 1e Cl. de la marine, la Haye. Dr. Preuss, Berlin. J. K. Proksch Vienne. Dr. M. Rawitzky, Berlin. Dr. Rydygier, Prof. Cracovie. B. Reber, Genève. Dr. Alfr. E. Regensburger, Prof., San Francisco. Dr. H. P. Roll, Batavia. Dr. F. Rho, méd. de 1e Cl. de la marine, Italienne Rome. Dr. S. Ruge, Marine-stabsarzt, Kiehl. Prof. Dr. Salomon Solis-Cohen, Philadelphia. Dr. C. J. Salomonson, Prof., Copenhague. Dr. R. H. Saltet, Prof., Amsterdam. Dr. E. Schär, Prof., Strasbourg. Dr. A. v. d. Scheer, Weltevreden (Java). Dr. C. Th. E. Scheffer, Amsterdam-Batavia. Dr. Schönberg, Prof., Christiania. Dr. K. Schuchardt, Gotha. Dr. O. Schrutz, Prague. Dr. W. Schuffner, Batavia. Dr. Ign. Schwarz, Vienne. Dr. Nic. Senn, Prof., Chicago. Dr. Fred. Shattuck, Prof., Boston. Dr. O. Snell, Hildesheim. Dr. F. Spät, Ansbach. Dr. J. W. Springthorpe, Melbourne (Victoria). Dr. Mor. Steinschneider, Prof., Berlin. Prof. Dr. Stieda, Königsberg. Dr. K. Sudhoff, Hochdahl (bei Düsseldorf.) Dr. J. Odery Symes, Bristol. Dr. Robert Ritter von Töply, Vienne. Dr. de Tornéry, Paris. E. Trosse, Neuenahr. Dr. H. Vierordt, Prof., Tubingue. Dr. L. Vincent, méd. en chef de la marine, Rochefort. Dr. José Moreno Vernandez, Prof. Sevilla. Dr. Jas. T. Whittaker, Prof., Cincinnati. Dr. Zaborowsky, Paris. Dr. Ziemann, Schiffsarzt, Lehr.

Conditions de l'abonnement.

Prix de l'abonnement pour tous les pays: Pour une année, partant de n'importe quelle époque, (six livraisons), formant un volume d'au moins 700 pages: **Douze florins de Hollande.** Environ Frs. et L. 25.— M. 20.40; £ 1; $ 5.—; Z.R. 10.—

Pour s'abonner envoyer **Douze florins** en mandat-poste, chèque, etc. **aux Editeurs** du „JANUS", DE ERVEN F. BOHN, HARLEM. On peut se procurer des livraisons isolées en envoyant Fl. 2.50 en mandat-poste.

S'adresser pour tout ce qui concerne la Rédaction au Dr. H. F. A. Peypers, Parkweg 70. Pour l'Administration, annonces, etc. aux Editeurs.



LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA LÈPRE.

Par le Dr. EHLERS (*de Copenhague*).

(Fin.)

Amérique du Sud.

La côte Ouest est considérée comme indemne. *Middendorf* pendant 25 années de pratique dans le Pérou, n'a vu que 3 malades, 2 Chinois et une femme européenne.

Sur la côte Nord nous trouvons la maladie fréquente au Venezuéla et à la Guyane. *Laure* déclare (III p. 147) que la maladie se répand d'une telle façon, que $^{1}/_{10}$ de la population de la Guyane française est infectée. Elle ne se voit point chez les Peau-Rouges. On croit que la maladie a été importée avec les bateaux d'esclaves. Dans le Surinam il y a 500—2000 lépreux (*Broes v. Dort* I. 4. p. 6). Au Brésil toute la côte est infestée; le dernier récensement a donné le chiffre de 5000, lequel d'après *Lutz* n'indiquerait que la moitié du nombre réel. D'Uruguay *Canabal* n'annonce que 27 malades (I. 4. p. 69). La maladie existe également en Argentine. Depuis 1892 les lépreux sont admis à l'hôpital des maladies infectieuses à Buenos-Ayres, où il y avait en 1892: 5 lépreux; en 1893 on y en admit 12 nouveaux, en 1894: 15. *Gache* déclare que la maladie est fréquente et croissante à l'intérieur du pays. *Sommer* déclare, que le plus grand nombre de lépreux se trouve à Corrientes, ensuite à Entre-Rios, Cordoba et Buenos-Ayres.

Dans l'Amérique centrale la lèpre a pris en Colombie des proportions inouïes, augmentant depuis 40 ans de 400 (?) à 27.000 malades. *Castrillon* (Paris 1898) indique le chiffre de 27.600, pour lesquels il n'y a que 3 hôpitaux, à Agua de Dios, Contratacion et Caño de Loro abritant au commencement de 1896 un total de 841 malades.

La maladie existe également dans les Antilles mais avec une extension tout à fait différente pour les différentes îles.

Dans les petites Antilles le nombre a augmenté de 0.93 pCt. en 1871 à 1.12 pCt, en 1891 (*Numa Rat* I. 4. p. 76). A la Guadeloupe et Martinique il y a 1 lépreux par 860 habitants (*Brassac*) St. Christophe et Antigua sont très attaquées, tandis que la maladie est rare à Montserrat, Grenade et Dominique. Dans les Antilles anglaises ce sont surtout les »coolies", qui entretiennent la maladie. Dans les Antilles danoises il y en a au moins 22 à St. Thomas et 82 à St. Croix (*Ehlers.* I. 4. p. 22). A la Jamaïque, qui a 700.000 habi-

tants il y avait selon *Justin F. Donovan* (I. 4. p. 52) en 1889 dans la léproserie 94 lépreux.

La `maladie a une grande extension à Haïti (*Gonzales*) et à Cuba; il y a 80 lépreux dans la léproserie de la Havane (*Burgess*). Le nombre total à Cuba est estimé par *Nevins Hyde* de 3—500, chiffre qui est probablement inférieur à la réalité.

La maladie augmente aux îles Bahama.

Amérique du Nord.

Le Mexique a beaucoup de lépreux (Orvañanos I 4, p. 67) surtout dans l'Etat de Sinaloa sur la côte Ouest et dans le district de Durango, situé à l'Est dudit état, enfin dans les Etats de Guanajuto et Jalisko ainsi que dans Guerrora à la frontière Nord.

Le Nouveau-Brunswick avait autrefois des lépreux grâce à une importation de contagion de la Normandie; il n'y reste que 23 malades et on a trouvé au Manitcba 3 lépreux, émigrés de l'Islande. Au Cap Breton il y a 6—7 malades.

White croit (I 4, p. 26) qu'il n'y aurait en tout que 200 lépreux dans les Etats-Unis, vivants surtout dans la Louisiane, le Texas, la Florida, la Californie et l'Oregon. Mais *Isadore Dyer* a observé à lui tout seul dans la ville de Nouvelle-Orléans depuis 20 ans 108 lépreux (III, p. 230). Dans les états du Nordouest, Minnesota, Wisconsin et Iowa, dans lesquels pays ont émigrés 170 lépreux norvégiens (*Armauer Hansen*) il n'en resterait qu' une trentaine.

James Nevins Hyde nous a appris en 1894, que parmi les 44 états de l'union il n'y en a que 2 (New-York et Wisconsin) possédant des lois d'isolement. Le Maine, la Pennsylvanie et la Californie ont la déclaration obligatoire et le gouvernement des deux derniers états subvient aux besoins des lépreux. Au Minnesota ils sont enrégistrés et observés *sans* isolement.

On a constaté jusqu' ici

en Arcansas	3	cas de lèpre.
Californie	158	»
Dacota.	2	»
Florida	6	»
Georgia	1	»
Idaho	2	»
Illinois	13	»
Indiana	2	»
Iowa	20	»
Louisiane	83	»

en Maryland	4	cas de lèpre.
Massachusetts . .	5	»
Minnesota . . .	120	»
Missouri	2	»
Mississipi	2	»
New-York . . .	100	»
New-Yersey . . .	1	»
Oregon	3	»
Pennsylvanie . .	6	»
Utah	3	»
Wisconsin . . .	20	»
Total. .	560	cas de lèpre.

mais on ignore le nombre actuel des survivants.

Europe.

Les pays de l'Europe centrale sont essentiellement exempts de lèpre, c'est à dire ils n'hébergent que des malades, qui ont gagné la lèpre dans d'autres pays:

La Grande-Bretagne	96	malades	(*Abraham,* III, p. 164).
Pays-Bas . .	30	»	(*Broes v. Dort,* I 4, p. 3).
Belgique. . .	4	»	(*Bayet*, I 4, p. 125).
Danemark .	1—3	»	(*Ehlers*).
Allemagne . .	33	»	(*Blaschko*, I 4, p. 195).

En Allemagne il s'est formée une petite épidémie autour de la ville de Memel près de la frontière russe et à cause d'une contamination venue de la Russie; l'épidémie depuis 1873 a attaqué 32 personnes, dont 19 sont morts.

Il y a des cas sporadiques dans l'Autriche-Hongrie. Pour la Bosnie et l' Herzegowine le rapport officiel (*Neumann*, III, p. 8), en connait 133. Ce chiffre est certainement inférieur à la réalité comme dans tout rapport officiel, qui ne repose pas sur des investigations réelles.

Au Montenegro il y a une centaine de lépreux (*Millanitsch*). Toute la presqu'île des Balkans est infectée.

La Serbie ne déclare que 3 cas (*Lazarewitsch*, I 4, p. 158) et la Bulgarie également 3 cas (*Beron*, I 4, p. 48) mais de ces pays il faut attendre des investigations ultérieures.

La Roumanie a sa statistique en ordre: 208 lépreux. Les rapports des délégués roumains *Paul Petrini* (III, p. 102), *Kalindero*

(III, p. 77) et *Petrini de Galatz* sont admirables et méritent une lecture attentive.

Pareille louange sera appliquée au rapport de *v. Düring* (I 4, p. 12), qui naturellement a été impuissant à produire une statistique pour toute la Turquie (para jok), mais qui a observé à Constantinople même 258 malades et estime leur nombre en ville à 500—600.

v. Bergmann évalue le nombre des lépreux sur le continent grec à environ 400; je suis tout disposé à le croire. Pendant la guerre la Grèce a reçu une forte invasion de lépreux de la Crète, augmentation qui deviendra sensible. Cette île à elle seule a 2000—3000 lépreux (*Zambaco*).

Les deux statistiques de la Grèce, qui ont été présentées à la conférence sont tout à fait insuffisantes et différentes entre elles.

Rosolimos (I 4, p. 157): 99 malades.
Mitaftsis (III, p. 115): 119 »

Ce dernier chiffre ne comprend pas la Thessalie occupée par les Turcs. *Rosolimos* annonce 3 lépreux en Thessalie, mais *Ehlers* a trouvé en 1897 rien que sur la presqu'île de Pelion: 15 malades. Quand on voyage pour rechercher les malades on en trouvera toujours bien plus que sur les listes officielles.

La Russie a 1200 malades connus d'après des cartes circulaires (*v. Petersen*, I 4, p. 210).

Il résulte du rapport soigné et détaillé de *Pellizari* (I. 4. p. 146), qu'il y a beaucoup de lépreux en Italie. Tout le monde connait la vieille léproserie de S. Rémo, qui est toujours sous la tutelle de l'ordre chevaleresque des St. Maurice et Lazare, dernier souvenir de l'époque, à laquelle toutes les léproseries de l'Europe méridionale étaient dirigées par le puissant ordre de St. Lazare, dont le grand-maître devait être un lépreux.

On trouve toujours de pauvres lépreux tout le long de la Riviera, mais au dessus de la côte, où les riches passent leurs hivers. Sur la Riviera française on les trouve surtout à Contes, Eze, Peille et La Turbie (juste au dessus de l'enfer du jeu, Monte Carlo) et sur la Riviera italienne surtout à S. Rémo et à Taggia.

Giovannini a observé à Turin depuis 1890 13 malades Piémontais. La maladie est très répandue en Sicile. *Ferrari* a rapporté en 1888 sur 153 malades, mais *Pellizari* déclare ce chiffre insuffisant.

En Sardaigne *Mazza* a observé une vingtaine de cas, mais ils sont bien plus nombreux. *Breda* a vu 23—24 malades à Comacchio. *Jaja* a vu en 1886 18 malades à Alberotello dans l'Apulie. Et

de Amicis connait dans les environs de Naples 15 familles lépreuses à Morina France et 3 malades à Bisceglie. On voit d'après ces renseignements, que la maladie est parsemée en épidémies focales dans tout le pays. La population est absolument insouciante devant le danger imminent.

Il y a des lépreux dans les îles d' Elbe, Malte et Gozzo.

La maladie a en outre une grande extension dans la presqu' île ibérique. *Zeferino Falcao* (III. p. 131) a dressé un rapport très-intéressant sur 466 malades; mais il désigne lui-même ce chiffre comme inférieur à la réalité. La maladie apparait encore ici en foyers.

En Espagne il y a des lépreux en nombre inconnu sur les côtes Est et Sud. Il y a une grande léproserie à Grenade et une autre à Séville; la dernière contient 40 malades (*Ehlers*). Mais la lèpre a une extension terrible aux environs de Valence et d'Alicante. *Poquet* a raconté l'histoire très instructive du début de la maladie en 1850 dans la ville de *Parcent* (III p. 576) et *Zuriaga* donne des détails sur les cas, qu'il a observés (III p. 581), qui sont au nombre de 66 dont

22 aux environs de Valence et Alicante.
33 à Parcent.
8 à Pedreguer.

On connaissait en 1888 dans la province de Valence dans 13 paroisses 69 lépreux et en 1893 dans 20 paroisses 120 lépreux (Office sanitaire Impérial. Berlin).

Les autorités espagnoles n'ont voué au progrès incessants de ce fléau aucun intérêt (il y a une toute petite léproserie à Ontoniente); tandis que le gouvernement français de l'Algérie a pris des mesures de défense contre la contagion apportée par les émigrants espagnols, ce que nous notons avec satisfaction comme le premier résultat des travaux de la conférence (III p. 140). La déclaration de la lèpre est désormais obligatoire en Algérie.

Le beau rapport de *Jeanselme* sur la France (III p. 143) mentionne l'existence de la lèpre à la Riviera française, des cas sporadiques en Bretagne et 160 à 200 lépreux à Paris, malades, qui ont été infectés dans les pays exotiques, d'où ils sont retournés à la capitale, pour laquelle ils constituent un danger indubitable, contre lequel *Hallopeau* réclame une défense énergique (III 599).

Reste à parler des pays scandinaves. *Ehlers* a fourni le rapport sur l'Islande (I. 4. p. 22). On connait actuellement (1898) 181 malades et on croit, que le chiffre dépasse 200. Une léproserie de 70 lits a été inaugurée à Reikiavik le 29 août.

En Suède on connait 70--75 malades, dont 30 sont isolés (*Sederholm* I 4. p. 1) 36 vivent dans la province de Helsingland, 15 en Dalarne.

En Finlande on connait 67 malades (*Fagerlund* I 4. p. 150).

En Norvège on vient de fermer deux léproseries pour les transformer en sanatoria pour la tuberculose pulmonaire, car la maladie, qui autrefois fut très répandue, est en décroissance continue, de 2833 malades en 1856 à 681 en 1896, grâce à la loi sage d'isolement de 1885 (*Armauer Hansen* I 3. p. 1). La maladie a toujours, comme au moyen-âge, son foyer le plus ardent dans les districts autour de Bergen (*Lie* I 4. p. 44).

Quant aux pays — exception faite pour les pays scandinaves — desquels nous avons reçus des rapports officiels, j'ajouterai quelques remarques critiques, qu'on trouvera — j'espère — utiles pour des recherches futures.

Une recherche projetée dans le but de procurer des renseignements sur l'extension de la lèpre, ne peut pas être exécutée de la même façon, qu'on exécute un récensement de population, par l'envoi de listes à remplir par des médecins ou — ce qui est pire encore — par des prêtres ou par les malades eux-mêmes. Dans les pays, où la maladie est peu connue, les médecins, même si nous les supposons capables de poser le diagnostic, ne découvriront jamais les malades; car les malades savent fort bien, que la statistique n'est que le préambule de l'isolement, qu'ils craignent tant.

Les malades se cachent alors, et le médecin ne les trouve, que s'il est spécialiste de la lèpre, s'il voyage de cabane en cabane, de malade en malade et en examinant *tous* les habitants d'une maison, dans laquelle il trouve un lépreux. Un lépreux vit rarement seul, sans co-malade, car la maladie est avant tout une *maladie de famille, pseudo-héréditaire.*

C'est ainsi que voyage *Armauer Hansen* en Norvège, qu' ont voyagé *Lohk* dans l'île d' Oesel, *Ehlers* en Islande en 1894 et 1895 et *Grünfeld* en 1897 chez les Cosaques du Don (III, p. 50). On peut rapporter de cette façon de bons renseignements surtout si l'on apporte en même temps aux malades du secours et *des médicaments.*

Ils sortent alors de leurs cachettes pour se faire donner du secours, mais pas pour se laisser compter.

Ehlers a réussi ainsi à corriger le chiffre des rapports officiels en Islande de 47 à 158, *Grünfeld* chez les Cosaques de 69 à 116.

Il faut remarquer ensuite, qu'il y a une proportion constante entre le nombre des lépreux anesthésiques et tubéreux.

En Scandinavie il y a en général 2 tubéreux pour un anesthésique.

La statistique officielle de la Norvège (III R, no. 161, p. 111) mentionne 7302 lépreux, observés pendant les années de 1856--90, et il y avait parmi eux:

4164 hommes et 3138 femmes (environ 4 hommes pour 3 femmes), et 5043 tubéreux pour 2259 anesthésiques (environ deux pour un).

La proportion est certainement différente dans les pays chauds; la chaleur fait prévaloir les formes anesthésiques; la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point; mes voyages ont confirmé cette opinion.

Prenons alors comme exemple d'une statistique officielle la communication intéressante de Mr. *Neumann* sur la lèpre en Bosnie et en Herzegowine (III, p. 12). Sa statistique énumère

104 lépreux tubéreux. . . . (72.3 p.Ct.)
29 » anesthésiques . . (27.7 p.Ct.)

ce qui donne la proportion de 10 : 3 (et non pas 4 : 1 comme l'écrit M. *Neumann*). Il saute aux yeux, que *le nombre des malades anesthésiques doit être inférieur à la réalité.* C'est justement les malades anesthésiques, qui sont les plus difficiles à découvrir.

La proportion entre hommes et femmes permet des reflexions analogues. Dans toutes les statistiques exactes les hommes sont plus nombreux que les femmes.

La Norvège et l'Islande présentent 4 lépreux pour 3 lépreuses.

Mais la statistique de *Neumann* porte

116 hommes
pour 16 femmes.

Il est clair, qu'il doit y avoir une erreur. *Neumann* remarque du reste, ce qui est exacte, que la femme musulmane refuse l'examen médical (pag. 9). Mais le chiffre 16 est par trop bas.

J'ai cité dans un article antérieur [1]) d'autres raisons, qui prouvent, que les chiffres de *Neumann* sont trop bas. Si le gouvernement de la Bosnie veut confier à un jeune léprologue ne craignant pas le voyage éreintant sur le dos du mulet, de faire de nouvelles recherches, nous verrons un chiffre bien plus considérable.

L'ouverture de »colonies" pour lépreux démontrera, que j'ai raison. Nous avons observé pareille chose en Norvège. Le récensement officiel fait par les médecins du pays en 1856 révèla l'existence de 2079 lépreux, tandis qu'on sait maintenant (constatation faite par les causes de décès) qu'il y en avait cette même année 2833 lépreux.

---

1) Dermatologische Zeitschrift 1898 III B. 1 H.

Il faut connaître ces choses quand on travaille avec la statistique de la lèpre.

Neumann dit (p. 15) que la durée moyenne de la lèpre tubéreuse est de 20—30 ans; c'est une erreur facile à corriger par la statistique officielle de la Norvège (p. 52). La durée moyenne a été pendant le décennium de 1880—90

de 10.3 ans pour les tubéreux
et de 18.0 » » » anesthésiques.

J'ai choisi comme objet de critique la statistique officielle de *Neumann*, d'abord pour indiquer les défauts, qui s'attachent aux statistiques officielles, qui ne proviennent pas de recherches réelles et personnelles, ensuite pour répondre à des objections faites par le prof. *Neumann* contre mes recherches de reconnaissance la lèpre dans les Balkans. (Dermatol. Zeitschrift 1898, III B. 1 H.)

VARIÉTÉ.

Antisepsis in excelsis: circulus prophylaxis. In: Med. Rec. 3—7bre. Il y a eu des médecins qui pour visiter leurs clients atteints d'affections contagieuses se couvraient de la tête aux pieds dans des pièces d'étoffes, draps ou autres, le Dr. Manget, le médecin du roi de Prusse, membre de l'illustre Société de Spensierati de Rossano etc. dans son traité de la Peste paru à Genève chez Philippe Planche MDCCXXI, nous a donné de curieux détails sur la façon de s'habiller des médecins visitant les pestiferés. *Janus* nos. de 7bre—8bre 1896 en a entretenu ses lecteurs et a reproduit dans un dessin original le type du praticien en fonctions. On dirait un gigantesque oiseau apocalyptique travesti. C'était à l'époque de la peste de Marseille et il paraitrait que, bien avant, les médecins italiens avaient fourni de semblables figures; nous renverrons le lecteur aux numéros de *Janus* qui traitent ce sujet curieux. *The Medical Press* nous présente un type médical moderne a peu près semblable, couvert de la tête aux talons de préservatifs, ganté ainsi que ses assistants, à l'abri enfin de »la pluie bactérienne" et ce qui les excusera de cette excentricité, mettant aussi leurs patients hors d'une atteinte contagieuse. La comparaison entre les deux praticiens, séparés par quelques siècles, ne peut s'etablir que sur le ridicule de la mise en scène professionnelle.

Le succès de curiosité dont parle *The Medical Press* nous présentant en photographie un groupe de chirurgiens et d'aides dans l'exercice de leurs fonctions, a été dépassé par les épreuves récentes cinématographiques que le Dr. Doyen vient de lancer, et qui font assister, d'une façon vécue, avec les explications du professeur, à tous les temps d'une opération mouvementée. C'est le dernier rayonnement médico-chirurgical du progrès dont on puisse parler actuellement. M. C.

ZUR GESCHICHTE DER ORGANTHERAPIE.

Eine medicinisch-kulturgeschichtliche Studie

VON

DR. MED. LUDWIG HOPF.

VORREDE.

Angesichts der Thatsache, dass die im Jahre 1889 meteorgleich aufgetauchte Organtherapie ihren Höhepunkt erreicht hat und sich augenscheinlich schon wieder dem Horizonte zuneigt, dürfte der Versuch nicht unangezeigt sein, in kurzen Umrissen Entstehen und weiteren bisherigen Verlauf derselben zu zeichnen.

Die moderne Organtherapie wird aber erst dann recht verständlich, wenn des Weiteren gezeigt wird, dass sie, wenn auch in primitiver Form, schon vor Jahrtausenden existirt und in dieser Form allen Wandlungen der Zeiten zum Trotz sich als ein Theil des Glaubens und Wissens der Völker bis auf die neueste Zeit erhalten hat.

So reiht sich denn an die Geschichte der modernen Organtherapie deren Vorgeschichte. Auch diese ist, dem beschränkten Umfange einer Broschüre entsprechend, nur in knappen Umrissen gehalten, dürfte aber auch so alle diejenigen Collegen interessiren, welche gewöhnt sind, über die Grenzen ihrer Fachwissenschaft hinauszuschauen und in jedem Beitrag zur Geschichte der Medicin ein Kapitel aus der Kulturgeschichte der Menschheit zu erkennen.

Der Verfasser.

Plochingen (Württemberg), Herbst 1898.

I.

GESCHICHTE DER MODERNEN ORGANTHERAPIE.

1. *Testikel und Testikelpräparate.*

In der Sitzung der Pariser Gesellschaft für Biologie vom 1. Juni 1889 machte der Physiologe *Brown-Séquard* Mittheilung über ein neues eigenthümliches Verfahren, um den durch vorzeitiges oder rechtzeitiges Altern geschwächten menschlichen Körper zu verjüngen. Er habe, so führte er aus, soeben Untersuchungen durchgeführt, die ihm von hohem Interesse zu sein scheinen. Von gewissen

theoretischen Vorauszetzungen ausgehend sei er auf den Gedanken gekommen, thierischen *Hodensaft* durch Compression auszuziehen und sodann zuerst anderen Thieren und später sich selbst einzuspritzen. Er wolle nicht leugnen, dass die Einspritzungen sehr schmerzhaft und von ziemlich heftigen örtlichen Erscheinungen gefolgt seien, ohne dass es übrigens zur Eiterung gekommen sei. Dafür sei die physiologische Wirkung bei ihm selbst ganz überraschend gewesen. Alles, was er infolge seines hohen Alters von 72 Jahren nicht mehr oder nur ungenügend habe thun können, sei er heute in ganz wunderbarer Weise auszuführen im Stande. So habe er früher infolge einer Erschlaffung des Dickdarms an hartnäckiger Verstopfung gelitten, erfreue sich aber jetzt eines vorzüglichen Stuhlgangs ohne Hilfe eines Abführmittels. Die früher verzögerte Urinentleerung gehe jetzt wieder mit dreifach verstärktem Strahle vor sich und ähnliche Beobachtungen könne er auch an den übrigen Organen und an den Extremitäten machen. Und wie die körperliche Ermüdung viel langsamer, als früher eintrete, so sei auch seine geistige Arbeitskraft erhöht. Kurz er fühle sich um mindestens 30 Jahre verjüngt. Man werde vielleicht sagen, er träume oder es handle sich bei ihm um Autosuggestion, aber er lasse sich durch solche Einwände nicht irre machen, sondern beharre darauf, dass diese glückliche Umwandlung einzig und allein auf die Flüssigkeit zurückzuführen sei, die er sich nun schon 14 Tage fast täglich einspritze.

Was diese selbst betreffe, so sei dieselbe sehr complicirt und bestehe aus mindestens 3 Elementen: aus Sperma, Blut und Drüsensaft. Die wirksame Rolle, welche jede dieser Substanzen spiele, könne er noch nicht genau feststellen; nur soviel könne er sagen, dass reines Sperma, einer Anzahl von Thieren eingespritzt, ausser seiner befruchtenden Wirkung keine Bedeutung habe. Ob nun von den anderen beiden in Betracht kommenden Elementen dem Drüsensaft oder dem Blute oder vielleicht beiden zusammen die belebende und verjüngende Wirkung zukomme, könne vorläufig nicht entschieden werden. Nur soviel sei sicher, dass die gleichzeitige Einspritzung beider eine erhohte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit bedinge.

In der darauf folgenden Discussion glaubte *Féré* die Wirkung auf das durch die Einspritzung hervorgerufene Fieber zurückführen zu müssen, ein Einwand, der von Brown-Séquard dadurch entkraftet wurde, dass er behauptete, niemals Fieber auf die Eirspitzungen gehabt zu haben. *Dumontpallier* wollte die Erscheinungen von der peripheren Reizung herleiten, im Uebrigen aber erst eine Nachprüfung durch andere Beobachter abwarten.

In der 14 Tage später (am 15. Juni) abgehaltenen Sitzung behauptete Brown-Séquard, die Vermehrung seiner Leistungsfähigkeit habe angehalten, obgleich er seit dem 4. Juni keine Einspritzung mehr gemacht habe, und weitere 14 Tage später (am 27 Juni) fand er schon einen enthusiastischen Fürsprecher in Dr. *Variot*, der in derselben Parizer Gesellschaft erklärte, die Angaben Brown-Séquard's auf Grund eigener Erfahrungen lediglich bestätigen zu können. Seine Versuche betrafen 3 ältere, aus verschiedenen Ursachen sehr geschwächte Männer, denen er alle 48 Stunden den Saft von Kaninchenhoden (in einer Flüssigkeit, die 1 Hodeninhalt auf 10 cub. c.m. destillirtes Wasser enthielt) eingespritzt hatte. Bei allen dreien sei der Erfolg von Anfang an ein befriedigender und anhaltender gewesen. Bei allen dreien sei Vermehrung der Muskelkraft, der Verdauungsthätigkeit und der geistigen Regsamkeit, bei zweien auch Vermehrung der geschlechtlichen Leistungsfähigkeit zu constatiren gewesen; doch wollte *Variot* den Einfluss der Suggestion nicht ausgeschlossen haben, wenn er auch bei den getroffenen Vorsichtsmassregeln sehr unwahrscheinlich sei.

Da überall auf der Erde an rechtzeitigen und vorzeitigen Greisen, die gerne wieder jung sein möchten, noch niemals Mangel gewesen ist, so war die Aufregung, welche die Kunde von der Brown-Séquard'schen Entdeckung hervorrief, eine begreifliche. Namentlich der Amerikaner, die den Pariser Forscher als halben Landsmann betrachteten, bemächtigte sich ein wahres Verjüngungsfieber. Nicht blos die Aerzte giengen mit Feuereifer an die Versuche, sondern auch andere Leute jeden Standes wollten die famosen Einspritzungen auf gut Glück probiren, obgleich ein berufener New-Yorker Arzt vor der leichtsinnigen Zubereitung und Anwendung des Elixirs, als unter Umständen sehr verhängnissvoll, warnte. So konnten denn ernstliche Zufälle nicht ausbleiben. Da aber die von berufener wissenschaftlicher Seite mit der nöthigen Vorsicht ausgeführten Versuche immerhin ein befriedigendes Resultat ergaben, so war denn der Boden in Amerika gewonnen, besonders nachdem sich ein Mann wie der *Generalarzt Dr. William Hammond* dahin ausgesprochen hatte, die Methode Brown-Séquard's, wenn auch noch im Stadium des Versuchs, sei doch über die rohe Empirie hinaus und auf rationellen, wissenschaftlichen Forschungen aufgebaut.

In Amerika fand die Brown-Séquard'sche Entdeckung dadurch noch vermehrten Anklang, dass amerikanische Chemiker sich rühmten, das wirksame Princip der zu Einspritzungen verwendeten Hodenflüssigkeit in concentrirter, reiner und durchaus unschädlicher d.h. von Fäulniss-

erregern freier Form herstellen zu können. Die wirksame, im Laboratorium von *Perkins, Davis & Cie.* dargestellte Substanz war nach dem Berichte des *Medical-Age* ein Alkaloid, *Spermin*, das aus den Hoden der verschiedensten Thiere gewonnen werden konnte und mit Säuren sich leicht zu Salzen verbinden liess.

Dieses *Spermin* der Formel $C^2 H^5 N$ ist übrigens schon 1878 von dem deutschen Forscher *Schreiner* im männlichen Samen, in den Hoden des Bullen, in Herz und Leber des Kalbs und schliesslich auch an der Oberfläche anatomischer Alcohol-Präparate nachgewiesen worden, also war es an und für sich nichts Neues. Auch in den *Charcot-Neumannschen Krystallen*, die im Auswurf bei Emphysem und akuter und chronischer Luftröhrenentzündung, im Blute und in der Milz bei Anämie und Leucocythämie, sowie im normalen Knochenmark gefunden wurden, spielt dasselbe Spermin als Basis eines phosphorsauren Satzes seine Rolle.

In Amerika bediente man sich einer Einspritzungsflüssigkeit aus Glycerin und destillirtem Wasser, welcher das zuerst in Wasser aufgelöste Sperminsalz (entweder als phosphorsaures Salz oder als Hydrochlorid oder Aurochlorid) zugesetzt wurde. Man war von der Haltbarkeit und Gefahrlosigkeit des Präparates durchaus überzeugt (durch vorangegangene Thierversuche) und fand als Wirkung beim gesunden Menschen eine erheiternde Erregung des Nervensystems und speciell eine Belebung der geschlechtlichen Kräfte. In politischen und ärztlichen Zeitungen waren die Spermin-Einspritzungen an der Tagesordnung; man sprach viel von einem 70 jährigen, gichtbrüchigen Neger, der schon nach 3 Einspritzungen wieder auf einen Strassenbahnwagen habe aufspringen können, und *Medical-Age* in hoher Begeisterung für die Brown-Séquard'sche Entdeckung wies nach, wie durch diese so manche längst bekannte physiologische Erscheinung in der auffallendsten Weise erklart werde: so die grosse Energie bei enthaltsamen Thieren (im Gegensatz zu dem Erfahrungsdictum: omne animal post coitum triste), der starke Spermingehalt der Geschlechts- und Nervenorgane, das Vorkommen von Spermin in dem Auswurf der Emphysematiker und deren Kraftlosigkeit, und im Gegensatz hiezu die Wiederbelebung der Kräfte nach Einverleibung von Spermin und der kräftigende, namentlich die Potenz hebende Einfluss sperminhaltiger Nahrungsmittel.

Wie sonst im Leben, so bewahrheitete sich auch bezüglich der Brown-Séquard'schen Entdeckung der alte Erfahrungssatz, dass dort ein Angebot am beifälligsten aufgenommen wird, wo aus irgend welchen Gründen die Nachfrage schon vorher am stärksten war.

Wenn nun in Europa nächst Frankreich das Königreich Ungarn dasjenige Land war, wo die Verjüngungsmethode am meisten Anhänger fand, so ist in erster Linie die gehoffte potentielle Wiederbelebung im Auge zu behalten. Unter den ungarischen Aerzten, die sich mit Eifer der Sache annahmen, machte sich vor allem der Budapester Gerichtsarzt *Dr. Alexander Szikszay* bemerklich. Erst machte er seine Einspritzungen an greisen Sträflingen im Inquisitenspitale, als er aber übereinstimmend mit Brown-Séquard eine Zunahme der Energie und Körperkraft und absolute Verjüngung als Folgen der Einspritzungen veröffentlichen konnte, strömten bald von allen Seiten junge und alte Greise herbei, die gleichfalls an den Segnungen der Wunderkur theilnehmen wollten.

Uspenski in Petersburg war der Erste, welcher die Methode auch auf die Behandlung der Lungenphthisis ausdehnte. Er vermischte die zu Einspritzungen bestimmte Emulsion mit Jodtinktur und wollte dadurch bei seinen Kranken ein erhebliches Besserungsgefühl, Verschwinden der Tuberkelbacillen, Klarerwerden des Auswurfs und Nachlassen der Nachtschweisse erzielt haben, [1]) aber von einer Heilung der Tuberkulose durch Spermin-Einspritzungen ist weder damals noch später die Rede gewesen.

Während dessen war Brown-Séquard vor dem Ansturm der Enthusiasten nach England geflüchtet. Dort machte er die Entdeckung, dass die körperliche und geistige Verjüngung, welche er durch seine Injektionen erzielt haben wollte, wieder dem früheren Zustand Platz gemacht hatte, und sah sich deshalb genöthigt, von Neuem zu dem Verjüngungsmittel zu greifen, nur mit dem Unterschied, dass er es jetzt in das Rektum applicirte. Auch diesmal blieb der Erfolg nach seiner Angabe nicht aus, dazu konnte er ausserdem mittheilen was andere Beobachter von den Injektionen bei verschiedenen Krankheiten gesehen hatten, und zwar: Grosse Wirkung bei Cachexia palustris, auffallende Besserung in einzelnen Fällen von Tabes (in anderen keine Spur von Erfolg), gute Erfolge bei manchen Hemiplegieen und Hirnläsionen; in zwei Fällen von Lepra bedeutende Besserung; bei Dyspepsie und Incontinentia urinae die günstigen Resultate evident; bei Anämie, besonders nach Hämorrhagien wahre Wunder! Gestützt auf solche Erfolge bat Brown-Séquard alle Aerzte, die Versuche doch fortzuführen und die Resultate zu veröffentlichen. [2])

Im *Bullet. méd.* (1891, 87) citirte er weiter günstige Fälle von *Cornil, Dumontpallier, Hénocque, Gibert* u. And.; welche beweisen

---

[1]) Deutsche Medicinal Zeitung 1891, S. 190. [2]) Journal de médecine, 1891, 4.

sollten, dass der liquor testicularis bei Tabes, Hemiplegia, Diabetes und Tuberculose vortrefflich wirke und zwar durch Beeinflussung der Nerven, speciell des Cerebrospinalsystems. Ueberall, in Amerika, Ungarn, Russland und England werde die Methode als vortheilhaft anerkannt, nur in Deutschland wollen die Erfolge ausbleiben. Es liege dies an der Antipathie der Experimentatoren und den Fehlern der Experimentirmethode.

Hätte es sich wirklich so verhalten, so wäre dies in der That zu beklagen gewesen. Denn auf Grund seiner Experimente kam Brown-Séquard zu der Ueberzeugung, dass die Hoden und Ovarien 3 Funktionen haben; ausser der Geslechtsfunktion nämlich geben sie durch ihre Prinzipien, welche resorbirt werden, den Nervencentren einen Reiz, welcher dem Mann und der Frau einen bestimmten, dem Geschlecht eigenthümlichen Charakter aufpräge; und schliesslich vermehren sie auch die Macht der Wirkung der Nervencentren. [1])

Nur Schade, dass die Resultate, welche Dr. *Bouffé* von der Behandlung mit liquide testiculaire erzielte, so wenig zu der Theorie Brown-Séquard's stimmten. Bouffé hatte bei Arteriosclerose und Lungentuberkulose, bei Diabetes, Mammacarcinom und Neurasthenie nach Morphinismus gar keinen Erfolg. Bei einfacher Neurasthenie erzielte er Besserung von beschränkter Dauer; bei Altersschwäche und vorzeitiger Schwäche soll der Erfolg ein guter, in zwei Fällen von Ataxie ein besonders guter gewesen sein. [2])

Bei der Lebhaftigkeit, mit der Brown-Séquard selbst seine Entdeckung verfocht, konnte es nicht fehlen, dass dieselbe auch bald in marktschreierischer Weise dem Publikum vorgeführt wurde. Unter dem Titel »Kraft, Gesundheit, verlängertes Leben, nach der Methode von Brown-Séquard" erschien von Dr. *L. H. Goizet*, Mitglied der medicinischen Fakultät in Paris und Gründer der Anstalt Rue de Berry, ein Buch, das von einer *Gräfin G. von der Elda* ins Deutsche übersetzt wurde (Leipzig 1892, Max Spohr). Einige Proben dürften genügen, um den Charakter des Buchs kennen zu lernen. »Soll das Hodensekret wirksam sein", heisst es da, »so muss es dem Thiere im Momente des sexuellen Orgasmus entnommen werden". (Wie die Gräfin sich dies denkt, wäre interessant zu erfahren.) Ferner: »Der liquor testiculorum des Kaninchens macht melancholisch, während der des Meerschweinchens heiter stimmt". (Und der des Kameels?) »Das Liquidum der Ovarien wirkt ebenso, wie das der Testikeln, nur nicht so kräftig, obgleich der aus den Ovarien gezogene Impf-

---

[1]) Bulletin médecin, 1892, 46. [2]) Journal de médecine, V, 16, 1893.

stoff unfähig ist, sowohl bei Männern wie bei Frauen Erfolge zu erzielen." (!)

Solcher Weisheit gegenüber mögen nunmehr die interessanten Untersuchungen Platz finden, welche Prof. Dr. *Alexander Pöhl* in Petersburg angestellt hat. Vor Allem will er der früheren Ansicht von der Funktion der Drüsen entgegentreten, nach welcher dieselben durch ihre Sekretions- une Exkretionsthätigkeit gewisse Funktionen für den Haushalt des Organismus besorgen. Nach seiner Ansicht wirken vielmehr die Drüsen (Nebennieren, Schilddrüse, Pankreas, Hoden) durch ihre in das Blut übergehenden Produkte tonisirend auf den ganzen Organismus. Was speciell die Testikel betrifft, so weist Pöhl darauf hin, dass sie als Heilmittel schon im Alterthum bekannt gewesen seien (cf. die Galen'schen Präparate von Bibergeil und Moschus als Stimulantien und Tonika, in welchen Pöhl schon früher *Spermin* nachgewiesen hat). Spermin hat Pöhl in den verschiedensten Drüsen und andere Organen des Körpers gefunden und zwar nicht blos bei Männern, sondern auch als normalen Bestandtheil im weiblichen Organismus. Er fand es in der Prostata und den Testikeln, in der Schilddrüse, im Pankreas, in der Milz und den Eierstöcken. Die grösste Menge enthielten die Testikel, dann die Prostata, darauf das Pankreas, die Milz, die Schilddrüse und zuletzt die Eierstöcke. Als Beleg führt er Prof. *Minkowski* an, der durch Exstirpation des Pankreas Diabetes erzeugte und die Heilung dieses Diabetes durch Einnähen eines Stückes Pankreas unter die Haut der Wirkung des im Pankreas enthaltenen Spermin zuschrieb.

Schliesslich stimmt *Pöhl* im Allgemeinen den Auslassungen Brown-Séquard's und *d'Arsonvals* im Bullet. de l'acad. de méd. vom 23. Febr. 1892 zu, wonach mit der Zeit die verschiedensten Organextrakte als Heilmittel zur Verwendung kommen werden, nur meint er, es werde, um Intoxikationen zu vermeiden, nöthig sein, die wirksamen Bestandtheile zu isoliren und rein herzustellen.

Dem wirksamen Bestandtheile der Testikel, dem *Spermin*, einer organischen Base von der Formel $C^2 H^{14} N^2$ schreibt er die Rolle eines Ferments zu, das die Leukomaine auf dem Wege der Oxydation unschädlich mache und später eliminire. Wie schon oben erwähnt, will er das Spermin als gewöhnlichen Bestandtheil in der Mehrzahl der Organe und Gewebe nachgewiesen haben, aber nicht das unlösliche Sperminphosphat (die Charcot-Leyden'schen Krystalle) besitze diese Eigenschaft als Ferment, sondern nur das lösliche, aktiv physiologische. Die Autointoxikation durch Leukomaine als Folge mangelhafter Gewebsathmung werde zwar auch durch den Brown-

Séquard'schen Testikelauszug, noch viel energischer aber durch das reine Pöhl'sche Spermin bekämpft.

Bei normaler Blutalkalescenz treten nach *Pöhl* als Spaltungsprodukte des Nukleo-Albumin's Xanthinkörper und aktives Spermin auf, in dessen Gegenwart die sich bildende Harnsäure weiterhin bis zu Harnstoff oxydirt werde. Bei herabgesetzter Blutalkalescenz dagegen treten als Spaltungsprodukte Xanthinkörper und unlösliches Spermin auf, in dessen Gegenwart sich die Harnsäure im Körper anhäufe. (Harnsäure Diathese.) Deshalb sei bei harnsaurer Diathese Spermin in Verbindung mit Alkalien angezeigt. Alles in Allem sei das Spermin eine der Hauptwaffen des Organismus im Kampfe gegen die ihn bedrohende Autointoxikation und zugleich eines der wesentlichsten Elemente der vis medicatrix naturae.

Auf denselben Standpunkt wie *Pöhl* stellte sich Dr. Babes, indem er dessen oxydirende Wirkung im Organismus resp. im Blute hervorhab und seine physiologische und therapeutische Wirkung sehr hoch anschlug. [1])

Im Berliner Verein für innere Medicin (Sitzung vom 20. Mai 1895) kam das interessante Thema zu eingehender Besprechung, die im grossen Ganzen mit einer Zustimmung zu der Theorie *Pöhl*'s endigte.

Fürbringer gab die Erklärung ab, er wolle nicht als unbedingter Gegner des Spermin's erscheinen, könne aber constatiren, dass er bei sämmtlichen Organerkrankungen keinen Erfolg und nur bei funktionellen Krankheiten (Neurasthenie und Hysterie) eine wesentliche Besserung erzielt habe, wobei aber Suggestion nicht ausgeschlossen sei. *Senator* dagegen constatirte einen zweifellosen Einfluss des Spermin's auf das Blut, zumal auf die Leukocyten. Er wollte immer eine Hyperleukocytose und im Anschluss daran eine Zunahme der Alkalescenz des Bluts gefunden haben und konnte nicht umhin, das Spermin für ein mächtiges Mittel zu erklären, das dringend zu weiteren Versuchen ermuntere.

In ähnlicher günstiger Weise sprachen sich in der Folge auch andere, fremdländische Forscher aus. *Reiersen* [2]) kommt, gestützt auf 33 Auszüge aus seinem Krankenjournal, zu dem Ergebniss, dass bei 21 wenigstens vorläufig eine mehr oder weniger ausgesprochene Besserung eingekehrt sei, und empfiehlt die Fortsetzung der Versuche besonders bei solchen Krankheiten (funktionelle Neurosen), bei welchen wir sonst ohnedies beinahe machtlos dastehen. — *Witkoroff*

1) St. Petersburg. med. Wochenschrift 1894, 9—12. 2) Ugeskr. f. Läger I. 9—11.

in Moskau berichtet [1]), von einer chronischen infantilen Hemiplegie, welche er durch fortgesetzte Einspritzungen von Brown-Séquard'scher Flüssigkeit zu ganz auffallender Besserung gebracht habe.

Diesem Testikelsaft nach Brown-Séquard wurde immer noch von einzelnen Forschern der Vorzug gegeben. *Bouffé* machte in der französischen Acad. des Sciences (Sitzung vom 28. Juni 1897) Mittheilung über seine erfolgreiche Behandlung der Psoriasis mit intramuskulären Injektionen von Testikelsaft (Orchitin) in progressiv steigender Dosis von 10—20 ccm. pro die, wobei er von 83 Fällen 77,7 % ohne Recidive geheilt haben wollte, und *Oscar Zoth* [2]), der schon bei seinen Untersuchungen mit dem Mosso'schen Ergographen die Brown-Séquard'sche Theorie erprobt gefunden hatte, prüfte diese Versuche von Neuem durch Experimente mit Hanteln und fand, dass tägliche subkutane Einspritzungen des orchitischen Extrakts die Muskelkraft der Versuchspersonen bedeutend (bis um 28 %) steigerten.

Mittlerweile hatte Prof. *Pöhl* in seiner Weise weitergearbeitet und war in seiner Arbeit über Immunität und Immunisationstheorieen vom biologisch chemischen Standpunkt betrachtet, zu dem Schlusse gelangt, dass auch hier sein *Spermin* eine Rolle spiele. »Wenn auch", sagt er [3]), zur Zeit dem Spermin noch nicht die allein ausschläggebende Bedeutung für die Erscheinung der Immunität und Immunisation zugesprochen werden kann, so glaube ich mich doch berechtigt, das physiologische aktive Spermin als ein wesentliches Moment der dem normalen Menschen zukommenden Widerstandsfähigkeit schädlichen Einwirkungen der Krankheitserreger gegenüber und das zu therapeutischen Zwecken eingeführte aktive Spermin (Sperminum Pöhl) als eines der wichtigsten Mittel der Immunisation des Organismus zu bezeichnen."

Wie wenig aber derzeit diese *Pöhl'sche* Theorie geeignet war, sich die allgemeine Zustimmung zu erwerben, davon lieferte die Sitzung des Elberfelder ärztlichen Vereins vom 4. Febr. 1896 den deutlichsten Beweis. In dieser Sitzung bezeichnete Dr. H. Hildebrandt die Versuche Pöhl's, mittelst des Spermins die oxydativen Prozesse im Körper anzuregen, als vollständig gescheitert. Selbst die von ihm angestellten Versuche ausserhalb des Körpers, das Spermin als chemisches Oxydationsmittel zu demonstriren, mussten seiner Angabe nach als nicht beweiskräftig zurückgewiesen werden.

---

[1]) Deutsche Med. Ztg. 1895, S. 859. [2]) Pflüger's Archiv, Bd. 69, Heft 798, p. 386.
[3]) Deutsche med. Wochenschrift, 1895, 6.

2. Schilddrüse und Schilddrüsenpräparate.

Wie hier immer noch kein fester Boden für eine Einreihung der Testikelsubstanz unter die sicheren Mittel des Arzneischatzes gewonnen ist, so scheint das Zünglein der Wage auch bei einem zweiten organtherapeutischen Mittel, der *Schilddrüse* und ihren *Präparaten*, immer nach hinüber und herüber zu schwanken.

Kocher in Bern war der Erste, der schon 10 Jahre vor der Brown-Séquard'schen Veröffentlichung, gestützt auf seine Erfahrungen nach Kropfoperationen, auf die hohe Bedeutung der Schilddrüse für den Gesammtorganismus aufmerksam machte. Es bedurfte nur noch des von Brown-Séquard gegebenen Anstosses, um die Schilddrüse und die daraus gewonnenen Präparate als Mittel gegen solche Krankheiten einzuführen, deren pathologisch-anatomische Grundlage in einem Mangel oder einer Degeneration der Schilddrüse zu suchen ist. Schon im Jahre 1890 hatte *Victor Horsley* durch Transplantation gesunden Schilddrüsengewebes in die Bauchhöhle gute Erfolge bei Myxödem erzielt [1]), Erfolge, die im nächsten Jahre von den verschiedensten Seiten bestätigt wurden. *Bettencourt* und *Serrano* in Lissabon führten bei einer 36 jahrigen an Myxödem leidenden Frau in das subkutane Gewebe der Inframammargegend jederseits die Hälfte einer Schilddrüse ein, worauf sich die Zahl der rothen Blutkörperchen rapid vermehrte und das Gewicht von 119½ auf 113¾ Kgrmm zurückgieng. [2]) *Hurry Fenwick*, der solche Implantationen wiederholte, fand als Nebenresultat immer eine stark diuretische Wirkung der Thyreoidea. Gleich günstigen Erfolg erzielte noch in demselben Jahre *George R. Murray* mit subkutanen Injektionen von Schafschilddrüsen-Extrakt bei einer 45 Jahre alten myxödematösen Frau, bei der keine Spur einer Schilddrüse gefunden wurde. [3])

Nicht zufrieden mit diesen Bestätigungen theoretischer Reflexionen durch die Thatsachen, die sich nachträglich immer noch mehrten, schritt man schon im Jahre 1892 dazu, sich ein Bild von der physiologischen Bedeutung der Schilddrüse zu construiren. Die Professoren *Sgobbo* und *Lamari* kamen zu folgendem Urtheil über die Funktion der glandula thyreoidea: [4])

1) Die Drüse ist im Organismus von hervorragender Bedeutung.

2) Wahrscheinlich funktionirt sie in biochemischer Weise durch einen starken Einfluss auf den Stoffwechsel sowohl in progressiver

---

1) Brit. med. Journ. 1890, 1543. 2) Deutsche Med. Ztg. 1891, S. 829. 3) Brit. med Journ. 1891, 10. Oct. 4) Rivista di clinica e terapia 1892, 8.

als in regressiver Weise, in lezterem Fälle durch Neutralisation der Produkte organischer Reduktion.

3) Da diese Produkte nach Wegnahme der Schilddrüse das Blut vergiften und so das Leben zerstören würden, so ist nach Thyreoektomie, wenn keine accessorische Drüse an die Stelle tritt, das sicherste Vorbeuge- und Heilmittel die Transplantation einer Schilddrüse in die Bauchhöhle.

Als pathologisch-anatomische Grundlage der Kachexia strumipriva fand Dr. *Francesco Capobianco* in Neapel tiefe Störungen der Nervenwurzeln, bestehend in Atrophie, granulösem Zerfall und Vacuolisation, Störungen, welche er nur von Autoinfektion herleiten zu müssen glaubte.[1]) Zwar führte *Vermehren* schon damals 2 Fälle von Myxödem an, welche nach Schilddrüsenbehandlung tödtlich geendet haben,[2]) sonst aber wurden von verschiedenen Aerzten aller Länder nur günstige Erfolge gemeldet, namentlich ist ein von *Edward Carmichall* veröffentlichter Fall von Kretinismus hervorzuheben, der durch anfängliche Injektionen von Schilddrüsensaft und durch spätere einmal wöchentliche Darreichung von ½—1 Schilddrüsenlappen geheilt wurde.[3])

Gestützt auf diese und andere Mittheilungen auswärtiger Aerzte, sowie auf eigene Erfahrungen fühlte sich *Kocher* in Bern veranlasst, im Jahre 1894 im Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte ein Gesuch an die Schweizer Collegen zu richten, worin er sie aufforderte, ihm die Kretinen mit angeborener Kachexia strumipriva (entweder Zugrundgegangensein der Drüsensubstanz durch kolossale Kröpfe oder von Anfang an mangelhafte Entwicklung der Drüse) zuzuschicken, um ihnen die Wohlthat der Behandlung mit Schilddrüsensaft zukommen zu lassen.[4])

Nachdem sich nun des Weiteren Dr. *Francis Kinnicutt* (Med. Record 1893, 4/10), Dr. *Jul. Schmid* in Frankfurt a/M. (Deutsch. med. Wochenschrift 1894, 42) und Dr. *Ludwig Nielsen* in Kopenhagen (Monatschrift für prakt. Dermatologie XVIII, 3) durchaus befriedigt über die Wirkung der Schilddrüsenbehandlung bei Myxödem ausgesprochen hatten, kommt Dr. *Otto Lanz*[5]) in einer Untersuchung über die Schilddrüse und deren Funktionen zu dem auch von anderen Autoren angenommenen Resultat, dass die Drüse die Aufgabe habe, gewisse giftige Stoffwechselprodukte zu eliminiren bezw. umzusetzen. — Dr. *Charles Forbes*[6]) fasste in einem eingehenden Artikel noch

1) La riforma medica 1892, 200, 201. 2) Hospitals-Tidende 1893, 14. 3) Lancet 1893, 18/3. 4) Deutsche Med. Ztg. 1894, N. 3, S. 36. 5) Volkmann's Klin. Vorträge 1894, 98. 6) The medic. Press and circular 1894, 26/9.

einmal Alles zusammen, was die Schilddrüsenbehandlung seither gegen die verschiedensten Krankheiten geleistet habe, und constatirte als Wirkung der innerlichen Verabreichung der Schilddrüse:

1) Ergänzung der Funktion der Schilddrüse und ihres Einflusses auf das Centralnervensystem, wenn die Drüse erkrankt, atrophisch oder hypertrophisch oder excidirt ist.

2) Vermehrung des Oxyhämoglobins des Blutes und der Menge der rothen Blutkörperchen. Deshalb angezeigt bei Chlorose und Anämie, besonders nach Malaria.

3) Vielleicht auch stimulirende Wirkung auf den Sympathicus.

4) Kräftig stimulirende Wirkung auf das trophische Nervensystem.

5) Ergänzung der exkretorischen Funktion der Drüsen. Deshalb Diuretikum.

Ein epochemachendes Jahr in der Geschichte der Schilddrüsenbehandlung ist das Jahr 1895, indem es nicht nur eine Reihe neuer Krankheiten als der Behandlung zugänglich erwies, sondern auch reinere, haltbarere Präparate und auf Grund exakter Experimentalforschungen eine verbesserte Kenntniss von der wirksamen Substanz der Schilddrüse erlangen liess. Als neu in die Behandlung hereingezogen sind zu erwähnen Tetanie, Basedowsche Krankheit, Fettsucht, Lupus und unter den Hautkrankheiten noch weiter die Ichthyosis.

Bei einem 9 jährigen, mit Tetanie behafteten Knaben wurde durch 3 Wochen fortgesetzte Behandlung mit Thyreoidin-Tabletten allmäliges Verschwinden der Symptome und Zunahme der geistigen Fähigkeiten erzielt [1]) und eine 3 Jahre bestehende Tetanie einer Erwachsenen unter dem Gebrauche derselben Tabletten à 0,25 geheilt.[2])

Was Morb. Basedowi betrifft, so war Dr. *Bogroff* (Referat aus dem Wratsch 1894, 33) der Erste, der in 3 Fällen dieser Krankheit durch Verwendung einer Schilddrüsen-Emulsion günstige Resultate erzielte. [3])

Auf die Verwendung der Schilddrüse gegen Fettsucht kam man durch die Thatsache der Abnahme des Körpergewichts Myxödematöser, die einer Schilddrüsenbehandlung ausgesetzt worden waren. Prof. *Leichtenstern* war mit seinen Resultaten sehr zufrieden, namentbei Fettleibigen mit schwammigem, anämischem Aussehen, und vermuthete, dass bei solchen Anämischen die Sekretion der Schilddrüse bedeutend vermindert war. — Fälle von Besserung des Lupus durch Thyreoidin-Tabletten wurden von Dr. *Phineas S. Abraham* 4 veröffentlicht, [4]) während noch im Jahre 1894 Dr. *Byron Bramwell* im Brit. med. Journ. (1894, 14/5) nur von minimalen Besserungen

[1]) Brit. med. Journ. 1895, 1/6. [2]) Deutsche Med. Ztg. 1895, S. 686. [3]) Deutsche Med. Ztg. 1895, S. 54. [4]) The med. Press and circular 1895, 2/1.

seiner Fälle, dagegen von unangenehmen Zufällen hochgradiger Anämie und Schwäche hatte berichten können. — Einen eklatanten Fall von Heilung der Ichthyosis (10 jähriges Mädchen) stellte Dr. *Rutgers* im Aerzteverein in Rotterdam vor. Durch wochenlange Fütterung mit frischer, blos gesalzener Drüse war das Mädchen so weit geheilt, dass die Haut ihre normale Feuchtigkeit und Fettigkeit erhalten hatte und von dem früheren Leiden kaum noch eine Spur zu entdecken war. [1])

Neben der frischen oder leicht angebratenen Drüse und neben dem Glycerin-Extrakt suchte man schon damals ein haltbareres, reineres und dabei appetitlicheres Präparat zu gewinnen. *Nielsen* [2]) erklärte, Pillen aus der getrockneten Drüse ersetzen vollständig die Wirkung der frischen Drüse, und *P. K. Pel* in Amsterdam bezeichnete als der frischen Drüsensubstanz des Schafes in der Wirkung vollständig gleichkommend die Thyreoidin-Tabletten à 0,3 Drüsensubstanz. [3])

Daneben aber fehlt es nicht an Stimmen, welche den Enthusiasmus durch ihre Berichte über negative Erfolge und über recht üble Nebenerscheinungen dämpften. So hatte *Marconi*, welcher 6 Fälle von Struma parenchymatosa ganz nach Vorschrift von *Bruns* mit Schilddrüse gefüttert hatte, einen totalen Misserfolg zu verzeichnen, [4]) und abgesehen von Urticaria-Exanthemen nach Verabreichung von Thyreoidinpillen [5]) konnten als Symptome des Thyreoidismus grosse allgemeine Schwäche und Müdigkeit, Congestionen, Kopfschmerzen, ziehende Gliedersmerzen, Zittern, schwere Verdauungs- und Herzstörungen, Furunkelbildung und Fieber nachgewiesen werden. Im Harn war häufig Zucker und Eiweiss zu finden. Es blieb zwar noch fraglich, ob Eiweisszerfall in bedeutendem Grade stattfindet, auf Grund eigener an 3 Personen angestellter Versuche aber, namentlich wegen des Zucker- und Eiweissabgangs, fühlte sich Dr. *A. Dennig* bewogen, zu grösster Vorsicht zu mahnen und den Behörden einzuschärfen, dass die Thyreoidin-Tabletten nicht Jedermann ohne weiteres zugänglich sein sollten. [6])

In einer grösseren Abhandlung [7]) von Dr. med. *Heinsheimer*, der ebenfals zu grösster Vorsicht mahnt und Herzkranke absolut von der Schilddrüsenbehandlung ausgeschlossen haben will, finden wir einen vollkommen nüchtern und objektiv gehaltenen Ueberblick über das, was bisher erzielt worden sei. Die Schilddrüse sei angewendet worden:

---

1) Deutsche Med. Ztg. 1895, p. 729. 2) Hospitals Tidende I, 49. 3) Volkmann, Klin. Vorträge 1895, 123. 4) Gazette med. di Torino 1895, 42. 5) Schweizer Corr.bl. 1895, 5. 6) Münchener med. Wochenschrift 1895, 17—18. 7) Münch. med. Abhdlg. IX Heft 1895.

1) bei Krankheiten, wo eine Schilddrüsen-Affektion bestand oder wahrscheinlich war, also bei Myxödem und Kachexia thyreopriva, bei Tetania thyreopriva, bei sporadischem Kretinismus, Basedow'scher Krankheit, Akromegalie und parenchymatöser Struma;

2) bei Krankheiten ohne Schilddrüsen-Affektion, so bei Hautausschlägen, Lepra, Syphilis, Tuberkeln, Carcinom, bei Geisteskrankheiten und Epilepsie und bei allgemeiner Fettsucht.

Als richtige Dosirung bezeichnet er:

Tabletten von Burroughs & Wellcome oder von Struve, täglich 2—4 stück; Rohe oder gekochte Drüsen vom Schafe, alle 2—3 Tage ¼—1 Lappen; Thyreoidinum Merck, 0,1—0,6 grmm in Pill; Glycerin-Extrakt zu Injektionen 10—20 minims (50 minims = 3 ccm.) wächentlich 1—2 mal.

Wie nicht anders zu erwarten, waren die Heilerfolge sehr verschieden. Sehr gut, fast sicher waren dieselben bisher bei spontanem, operativem und infantilem Myxödem. Bis zum Jahre 1895 sind nach Heinsheimer mehr als 200 Myxödematöse und Kretinen geheilt oder gebessert worden.

Ebenso günstig verlief die Behandlung bei Psychosen mit Myxödem und bei allgemeiner Fettsucht.

Nahezu 50% Heilungen resp. Besserungen wurden erzielt bei Struma; unter 19 Fällen erzielte *Bruns* mit frischer, roher Drüse 9 Heilungen und erwähnt, dass besonders Kinder und jugendliche Individuen überhaupt die besten Aussichten geben. Bei kropfleidenden Geisteskranken wurde in 6 Fällen 5 mal Schwinden der Struma erzielt.

Bei sonstigen Geisteskrankheiten war der Erfolg zweifelhaft, jedenfals mussten Maniakalische und Melancholische wegen des drohenden Gewichtsverlustes ausgeschlossen werden. Auch der Bericht eines italienischen Arztes über seine günstigen Erfolge bei Epilepsie, die denen mit Brombehandlung gleich kommen, ist mit Vorsicht aufzunehmen.

Vereinzelte günstige Erfolge kamen vor bei gewöhnlichem Ekzem, bei Lupus und Lepra; von Psoriasis wurden geheilt oder gebessert 41,93%, nicht gebessert 38,72%, verschlimmert 19,35%.

Wenig ermunternd waren die Resultate bei Tetanie, bei Akromegalie und bei Basedow'scher Krankheit; unter 15 Fällen zeigten 10 gar keine Veränderung und nur 2 alte chronische Fälle wurden geheilt.

Hatte schon diese Zusammenstellung viel zur Klärung der Schilddrüsenfrage beigetragen so war ein anderer Gewinn, den das Jahr 1895 brachte, noch grösser. Versuche, die von Dr. *E. Roos* im

Freiburger Laboratorium angestellt worden waren, hatten ergeben, dass die wirksame Substanz der Schilddrüse kein Enzym sein könne, sondern ein ziemlich widerstandsfähiger, stabiler Körper, der, wenn auch stundenlang einer 10 %gen Salzsäurelösung ausgesetzt, seine Wirksamkeit nicht verliere. [1]) Dieser Körper, das eigentlich wirksame Princip, wurde von Prof. *Baumann* in Freiburg in Gestalt eines braunen, unansehnlichen Produkts dargestellt, dessen Gewicht 0,2 %—0,3 % von dem der frischen Drüse ausmacht und das er Thyrojodin nannte. Es enthielt neben Phosphorsäure in organischer Bindung hauptsächlich Jod in beträchtlicher Menge (bis zu 9,3 %) und in sehr fester Bindung.

Schon 1893 hatte *Kocher* in Bern die Frage aufgeworfen, ob die Schilddrüse wohl nicht Jod enthalte. Nun wurde zum erstenmal die Thatsache geliefert, dass ein bestimmtes Organ des Körpers befähigt ist, einen in ungeheurer Verdünnung dem letzteren zugeführten Stoff selektiv aufzuspeichern und in eine funktionell wichtige Verbindung überzuführen. [2])

Weitere, im Jahre 1896 angestellte Untersuchungen über den Jodgehalt der Schilddrüse bei Menschen und Thieren hatten für Prof. *Baumann* das überraschende Resultat, dass der Jodgehalt zwischen ziemlich weiten Grenzen schwankt. In Freiburg z. B. (wo der Kropf endemisch ist) war das Gewicht der Schilddrüsen am grössten, der Jodgehalt am kleinsten, während das Verhältniss in Hamburg und Berlin das umgekehrte war.

Bei jugendlichen Individuen fand er den Jodgehalt absolut und relativ geringer, als bei Erwachsenen; bei senilen Drüsen betrag er oft blos noch ein Minimum. (Degeneration der Drüse?) — Untersuchungen bei Thieren zeigten, dass in der Schilddrüse eine Aufspeicherung des in den Nahrungsmitteln spurweise vorhandenen Jods erfolgt; durch das Wasser können dem Körper bemerkbare Spuren von Jod nicht zugeführt werden. Interessant war für Baumann die Beobachtung, dass die Schilddrüsen der Schweine den geringsten Jodgehalt hatten.[3])

Versuche mit dieser wirksamen Substanz, die sich selbst beim Kochen mit Mineralsäuren unverändert erhält, bewirkten ein sofortiges Zurückgehen der Kröpfe. Dies wurde schon bei täglichen kleinen Dosen (= 1 grmm frische Drüse) ohne Nebenerscheinungen beobachtet, während grössere Dosen (= 12 grmm frische Drüse) Kopfschmerzen, Herzklopfen, Zittern, Schweiss und Brechreiz bewirkten.

---

[1]) Zeitschr. für physiol. Chemie 1895, Bd. 21, S. 319. [2]) Zeitschr. für physiol. Chemie 1895, loc. cod. [3]) Zeitschr. für physiol. Chemie 1896, Bd. 22, S. 1 f.

Als die höchst zulässige mittlere Dosis wurde eine solche = 8 grmm frische Drüse gefunden. Da nun 0,4 mgrmm. Jod gar keine Wirkung auf Kröpfe hatte, solche geringe Mengen aber, in Form von *Thyrojodin* gegeben, deutlich mit einem Zurückgehen der Kröpfe reagirten, so schloss *Baumann*, dass die Wirkung nicht von dem Jod als solchem, sondern von dem specifischen, von der Schilddrüse gebildeten, organischen jodhaltigen Körper ausgehen müsse. [1])

Warum Thyrojodin bei Kropf und Kretinismus wirksamer sei, als Jod, wurde von Dr. *H. Hildenbrandt* in Elberfeld in der Weise erklärt, dass das Jod theilweise sofort mit dem Harn ausgeschieden werde, während die im Thyrojodin vorliegende Jodverbindung augenscheinlich leicht im Organismus zurückgehalten werde. [2])

In der Folge wurde die hochinteressante Thyrojodin-Frage auch von anderen Forschern in Angriff genommen. Dr. *A. Gürber* fand das jodhaltige Produkt der menschlichen Schilddrüse im Hylus der beiden Seitenlappen als gallertartiges Produkt, eingeschlossen von weitmaschigem Bindegewebe, [3]) und Dr. *Ad. Osswald* konnte nachweisen, dass der Jodgehalt der Schilddrüsen und der Kröpfe um so grösser war, je bedeutender die Menge des in ihnen vorhandenen Colloids gefunden wurde. [4]) — Interessant waren des Weiteren die von Dr. *E. Roos* in Freiburg angestellten Stoffwechselversuche mit dem gewöhnlichen *Thyreoidin* (Thyreoantitoxin) und *Thyrojodin*. Bei Thyreoidin war der Stoffwechsel auch nach einer 12 Tage lang dauernden Verabreichung (= 161 grmm frische Drüse) nicht erheblich beeinflusst; der Stickstoffgehalt des Urins wurde nicht vermehrt, nur die Chlornatrium-Ausscheidung nahm deutlich zu. Von einer Abnahme des Körpergewichts (6 kgrmm schwerer, auf Stickstoffgleichheit gebrachter Hund) Nichts zu bemerken; während dagegen die Stickstoffausscheidung bei Verabreichung von Jodothyrin von 2,214 grmm. auf 3,687 grmm stieg und das Körpergewicht abnahm. [5])

Damit stimmten auch die Stoffwechselversuche von *Noorden's* überein, wornach dargereichte Schilddrüse die Oxydation des Fettgewebes befördern soll, ohne dass sich ein eiweisszerstörender Einfluss bemerklich mache, wenn nur durch entsprechende Diät der Eiweissbestand des Körpers gewährleistet werde.

(Fortsetzung folgt.)

---

[1]) Zeitschr. für physiol. Chemie 1896, Bd. 22, S. 18. [2]) Deutsche Med. Ztg. 1896, S. 196. [3]) Münch. med. Wochenschr. 1896, 23. [4]) Zeitschr. für physiol. Chemie 1896, Bd. 23. [5]) Münch. med. Wochenschr. 1896, 47.

LES PSEUDO-DYSENTERIES DANS LES PAYS CHAUDS.

PAR, LE DR. J. BRAULT,

Professeur à l'École d'Alger, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

A l'heure actuelle, après avoir consciencieusement étudié et pesé la bactériologie et la parasitologie de la dysenterie, l'on est bien obligé d'avouer que nous ne connaissons pas encore d'une façon indéniable la cause de cette affection. Il n'en est pas moins vrai, qu'une maladie aussi uniforme dans la brusquerie de son attaque, aussi constante dans son évolution et dans ses localisations anatomo-pathologiques, aussi facilement et rapidement épidémique avec son cortège de complications absolement définies, ne saurait ressortir qu' à une cause univoque, à une cause spécifique, toujours la même; et il n'y a pas plus „*des dysenteries*", qu'il n'y a des „*fièvres typhoïdes*" ou „*des choléras*". Sans doute, l'on a pu voir une certaine variabilité dans les signes et dans les symptômes de la maladie; sous les divers climats, l'on a été amené de noter des lésions un peu disparates: mais celà arrive au même degré, pour des maladies dont la spécificité est pour nous absolument indiscutable, comme la tuberculose intestinale et la dothiénentérie.

Ce qui à jeté un peu de confusion sur la *dysenterie vraie*, on ne saurait trop le répéter, c'est la connaissance imparfaite des „*pseudo-dysenteries*" qui sont surtout fréquentes dans les pays chauds.

En cette occurrence, il s'agit de colo-rectites dues à des causes diverses et plus spécialement à des parasites intestinaux.

Même dans les pays tempérés, le diagnostic de la dysenterie ne se fait pas toujours avec une extrême facilité et il y a là déjà, si je puis m'exprimer ainsi, quelques „*fausses dysenteries*". Si l'on peut faire facilement bon marché des causes d'erreur les plus banales: hémorrhoïdes, invagination, èpithéliomas haut situés, tuberculose, syphilis rectales etc.; on doit déjà retenir comme pouvant en imposer davantage, certaines colites muco-membraneuses, certaines colites polypeuses assez fréquemment observées en Allemagne et enfin la colite puerpérale décrite par Laroyenne et dénommée plus tard par Vinay: la *dysenterie des accouchées*.

Indépendamment de cela l'infestation du tube digestif par certains hôtes et certaines intoxications alimentaires ou autres, peuvent emprunter à la dysenterie son syndrome clinique.

Mais c'est surtout, dans les pays chauds et dans les pays tropicaux là où la dysenterie vraie règne à l'état endémo-épidémique que le problème se complique davantage en raison de toute une série de „*pseudo-dysenteries*" que nous allons maintenant passer en revue.

Bilharziose. Sans conteste, la plus importante de ces „*fausses dysenteries*" nous est fournie par la Bilharziose intestinale. Lorsque le parasite se tient dans les reines mésaraïques l'on rencontre des lésions surtout accentuées sur la fin du gros intestin et principalement sur le rectum [1]). Il y a de petites hémorrhagies intestinales assez fréquentes et plus ou moins mélangées à des selles muqueuses. On ne peut le nier, il existe dans ce cas un certain nombre de symptômes dysentériformes et l'on a parlé assez justement de dysenterie bilharzienne; mais il faut savoir reconnaitre qu'il n'y a jamais là de signes aussi nets, aussi accusés, aussi tranchés, que dans le flux dysentérique aigu: coliques, épreintes, ténesme tout est atténué; les selles sont aussi moins fréquentes. En pareil cas, ce qui fait le plus et la mieux songer à la dysenterie, c'est le sang mélangé aux matières alvines, souvent un peu diarrhéiques, lorsque l'intestin est par trop touché. L'affection en somme, ressemble surtout à la dysenterie chronique, mais sans en avoir les signes généraux et les intermittences. Quoiqu'il en soit, dans les pays chauds et intertropicaux où la dysenterie règne côte à côte avec la Bilharziose, le diagnostic à certains moments peut devenir délicat.

Si la marche lente de l'affection à réaction intestinale plus faible, permet d'éliminer assez facilement la dysenterie aigüe, il n'en est pas tout-à-fait de même pour la dysenterie chronique. Toutefois, la coïncidence presque constante de phénomènes vésicaux, d'hématuries,[2]) doit mettre en clinique sur la voie du diagnostic qui sera completé avec fruit par la recherche des oeufs qui sont rendus en véritables paquets dans les selles.

Si l'on se place maintenant sur le terrain des complications, nous devons signaler des dissemblances très nettes entre la dysenterie et la *pseudo-dysenterie*" qui nous occupe actuellement. Dans la Bilharziose l'on a bien noté de temps à autre un peu d'augmenta-

---

[1]) La muqueuse est hérissée de productions polypiformes renfermant les oeufs du parasite.

[2]) Exceptionnellement l'on peut observer des hématuries dans la dysenterie vraie, mais c'est alors au plus fort des dysenteries très graves.

tion de volume du foie, mais jamais on n'a constaté d'hépatite suppurée; on n'a pas observé davantage l'autre complication classique de la dysenterie, le pseudo-rhumatisme infectieux. Dans l'infestation bilharzique, il existe bien parfois des douleurs irradiées aux membres; chez un sujet soumis à mon observation, il y avait de véritables lancées douloureuses dans la sphère du crural gauche, chez un malade de Cahier, les mêmes phénomènes se présentaient le long des deux saphénes des deux côtés jusqu'au genou; mais pour des manifestations articulaires, le fait n'a pas été que je sache signalé dans les pays où règne communément la Bilharzie.

La morale à tirer de tout ceci, c'est que dans les contrées contaminées par l'hématobie (Afrique et côte occidentale d'Asie), l'on doit dans les cas douteux, trancher le diagnostic au microscope, en recherchant dans les selles et les urines les oeufs du parasite.

Amibes: Après les critiques si justes de Schuberg de Wierzbourg, après les expériences négatives de Grassi et Calandruccio, après les recherches publiées tout dernièrement par Nowak et Ciechanowsky, je crois qu'il est difficile de considérer encore les amibes comme la cause primordiale, spécifique de la dysenterie banale. Toutefois, l'on peut se demander encore, si dans les pays chauds surtout, l'on ne rencontrerait pas de temps à autre des „*fausses dysenteries*" ressortissant à cette cause. C'est là une hypothèse qui a déjà été émise par plusieurs auteurs et qui mérite attention.

Verruga: La maladie de Carrion souvent confondue avec le Pian on framboesia, mais réhabilitée comme entité morbide par les travaux récents des médecins péruviens et aussi par les recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques qui viennent d'être publiées en France [1]) compte également parmi les maladies des pays chauds qui peuvent jusqu'à un certain point simuler la dysenterie. Il est en effet des cas de cette affection où l'éruption caractéristique vient à manquer et où les localisations de la maladie sur la muqueuse intestinale donnent lieu à des symptômes dysentériformes tellement nets qu'ils peuvent en imposer pour la dysenterie vraie. Toutefois, la fièvre de la Oroya (on appelle ainsi improprement la verrúga à manifestations internes), présente des symptômes typhoïdiques: fièvre élevée, sueurs profuses, prostration, céphalée intense, épistaxis; qui ne cadrent guère avec les débuts habituels, classiques, du flux dysentérique. Enfin, il faut retenir que la verruga, est heureusement une maladie tout-à-fait cantonnée à certaines vallées péruviennes.

[1]) Ch. Nicolle. Annales de l'Institut Pasteur 25 Juillet 1898. M. Letulle. Séance de la Société de Biologie du 16 juillet 1898.

Chose curieuse, dans la maladie de Carrion, l'on observe parfois des douleurs violentes dans les articles, principalement dans les genoux; mais ces arthralgies ne ressemblent en rien au pseudo-rhumatisme dysentérique, car il s'agit d'une manifestation de début et non d'un épiphénomène de la période d'état ou de la convalescence.

PALUDISME: En dehors des dysenteries proportionnées avec la fièvre palustre, en dehors des enterorrhagies qui ressortissent à la bilieuse hémorrhagique; il est des cas très nets où l'intoxication paludéenne *pure* donne lieu à des symptômes dysentériformes des plus accentués.

C'est ainsi que Daullé a observé autrefois à Mayotte (alors que la dysenterie était inconnue dans l'île), des accès de fièvre intermittente accompagnés de tout le cortège symptomatique de la dysenterie.

Au dire de l'auteur, lors du frisson, les sujets présentaient des coliques très vives, des garde-robes muco-sanglantes rappelant la lavure de chair, enfin les évacuations s'accompagnaient parfois d'un ténesme assez marqué. Les malades abattus, refroidis, le facies grippé, ne voyaient cesser ces accidents qu' au moment de la période terminale des accès, lors de la défervescence.

Parfois les selles moins fréquentes, mais cependant glaireuses et sanguinolentes persistaient pendant plusieurs jours avec des recrudescences manifestes au moment des accès.

Inutile de dire qu'en pareil cas, la recherche de l'hématozoaire et l'emploi de la pierre de touche le traitement quinique sont les vrais moyens d'arriver à se tirer d'embarras dans ce diagnostic assurément des plus épineux.

Indépendamment de ces formes aigües, les auteurs décrivent également une entérite chronique palustre qui peut débuter par des crises dysentériformes ou se montrer chronique demblée. (Lardier, Triantafilidi.)

Si l'on peut admettre ces diverses formes de „*fausses dysenteries*" d'origine palustre; disons le en passant, il faut en revanche se montrer très réservé vis-à-vis de ce que l'on appelle l'accès pernicieux dysentérique; les autopsies rapportées par les auteurs, ne sauraient nous convaincre, elles »sentent" trop les lésions de la dysenterie. En pareil cas, il s'agit le plus et le mieux de dysenteries proportionnées avec une fièvre pernicieuse.

Voilà déjà quelques maladies des pays chauds susceptibles de jouer à la dysenterie; ce n'est pas tout, car plusieurs autres affections remontrées communément dans ces contrées peuvent aussi quoique

plus rarement remplir le même rôle. C'est ainsi que dans la dengue, le béri-béri (Simmons) l'on peut encore observer des selles muco-sanglantes.

L'on remarquera peut-être que dans ce chapître des fausses dysenteries, je ne dis pas un mot de l'entérite chronique des pays tropicaux, c'est qu'il s'agit d'une question toujours pendante; la querelle entre les unicistes et les dualistes menace même de s'éterniser jusqu'au jour où la bactériologie [1]) viendra résoudre le problème d'une façon indubitable.

Si imparfaite que soit cette légère esquisse, j'espère qu'elle suffira à montrer que les „*fausses dysenteries*" constituent un chapître intéressant de la pathologie exotique.

[1]) Ou encore la parasitologie.

Alger, le 4 Octobre 1898.

VARIÉTÉ.

Medical Thermometry. Appleton's Popular Science Monthly for March has an article translated from *Revue des deux Mondes* on the subject of the first thermometers. The *Medical Record* quotes from it a statement that the earliest of these instruments, which was an aerial one, was invented by a peasant named Drebbel, of North Holland. This has the authority of Boerhaave. The article also says that Sanctorius, who lived about the same period as Drebbel and was professor of Medicine at Padua, used the thermometer as an indication of the progress of fever. For a century after the death of Sanctorius which took place about 1638 clinical thermometry fell into abeyance and it was not till after Fahrenheit's introduction of the mercurial thermometer in 1724 that it was revived by Boerhaave, by whose immediate followers it was also practised. It was not however in general use even fifty years ago. It received a great impetus by the introduction of the self-registering maximum instrument known as the Clinical thermometer now the indispensable pocket-companion of every doctor. Many observers contributed to the perfection of the method not the least of whom was Wunderlich whose *Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten* published in 1868 and issued in English form by the New Sydenham Society in 1871 probably did more than anything else to systematise the practice.

References: Boerhaave's *Aphorisms*, No. 673; [Chem., I. p. 152, 156]. Van Swieten's *Commentaries upon Boerhaave's Aphorisms*, Translated. Vol. VI, 1776, p. 143. *Philosophical Transactions*, No. 381, p. 1; also (Abridged), Vol. VI, part II, 1734, p. 49; also translated in (Abridged), Vol. VII, 1809, p. 1. Rees's *Cyclopædia*. S. v. Thermometer. Wunderlich's *Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten*, 1868.

L. M. Griffiths.

DIE THEORIE DER ERNÄHRUNG NACH ANSICHT DER ALTEN.

Von Dr. W. BASLER (Tübingen).

A. Die anziehende Kraft (ἡ δύναμις ἑλκτική).

Diese Kraft, welche man den im ganzen Weltall beobachteten Erscheinungen der Anziehung zu Grunde legte, offenbart sich in zweierlei Formen, einer *activen*, welche *direct*, und einer *passiven*, die *indirect* wirkt.

Die *active* oder *directe* Anziehung kommt bei magnetischen, electrischen und chemischen Vorgängen, wo die entgegengesetzten Pole sich einander nähern, nicht selten zur Beobachtung; den Alten, die sich durch den Schein täuschen liessen, entging freilich diese Thatsache, wenn man nicht den Ausspruch des Sokrates, [1]) der freilich nur für die moralische Welt gilt, heranziehen will, wonach Lust und Unlust in so enger Beziehung stehen, dass stets das eine Gefühl das andere im Gefolge hat.

Der *Anziehung des Aehnlichen und Verwandten*, welche sich in der Attraktion und Schwerkraft offenbart, wurde im Alterthum die höchste Bedeutung beigelegt [2]); nach Aristoteles kommt »Gleiches zu Gleichem". Da nach Virchow jedes Organ eine andere Art Ersatz braucht, so kommt die Erklärung der Alten vielleicht der Wahrheit am nächsten, wenn sie auch einer exakten Beweisführung entbehrt, dass jedes Gewebe diejenige Nahrung, welche die für dasselbe bestimmte Nahrstoffe enthält, an sich reisst. Gegenüber der Hartnäckigkeit eines Erasistratos, der diese Form der Anziehung überhaupt leugnet, darf die Beweisführung des Galen als verunglückt betrachtet werden, wenn er die bekannten Eigenschaften des Magnets (ἡ ἡράκλεια λίθος) und die elektrischen des Bernsteins (τὸ ἤλεκτρον) in's Treffen führt, die er einer direkten Anziehung zuschreibt.

Zu den *passiven* Arten der *Anziehung* gehören diejenigen, die in neuerer Zeit als »Reiz" bezeichnet werden. Wie die Schwärmsporen den Eizellen nachjagen, die Bakterien die ihnen zuträgliche Nähr-

[1]) In Platons Phaedon c. 3; in diesem Falle wäre Lust und Unlust gleichmässig vertheilt und dem Pessimismus jede Berechtigung entzogen. Die Todesqualen, die Stütze von Hartmanns Theorie, verlieren ihre Schrecken durch die Thatsache, dass jeder Mensch, wie er bewusstlos in die Welt tritt, dieselbe auch wegen der Kohlensäurenarkose ebenso wieder verlässt. Auch Gellius (n. A VII. 1) zieht aus dem Ausspruche des Sokrates den Schluss, dass es eben so viel Lust als Unlust gebe „Namque itidem sunt bona et mala, felicitas et infortunitas, dolor et voluptas".

[2]) Gal. nennt diese Form (Fac. S. 251) die durch die verwandte Qualität bedingte Anziehungsform (τὸ ὁλκῆς εἶδος τὸ οἰκειότητι ποιότητος γιγνόμενον); sie zieht nach ihm sogar das

lösung aufsuchen, [1]) so schaaren sich nach Büchner [2]) die weissen Blutkörperchen um Waizenkleber, der sie wie ein Köder anlockt [3]). So wird die anziehende zur *auswählenden Kraft* (ἡ δύναμις ἑλκτική). Damit nämlich die zugeführten Stoffe wirklich ernähren, müssen sie nach antiker Ansicht vorher den Geweben vollkommen gleich gemacht werden (ὁμοιοῦσθαι); dies ist aber »ohne Verwandtschaft und Gemeinschaft in den Eigenschaften (συγγένεια καὶ κοινωνία ἐν ταῖς ποιότησι) unmöglich" [4]).

Jedes Thier sucht diejenigen Nahrungsstoffe auf, die ihm angepasst, und für welche es vermöge seines Körperbaus eingerichtet (οἰκεῖος) [5]) ist, das Raubthier geht auf Fleisch aus, der Wiederkäuer auf Gras; beim Menschen schwankten die Ansichten schon im Alterthume; während die Pythagoräer blos Pflanzenkost genossen, gab man später dem Fleisch den Verzug. »Durch die Pflanzen, sagt Galen, werden wir wohl ernährt, aber nicht in dem Grade, wie von Fleisch" [6]). Sogar die Athleten, die anfänglich von groben und schweren Mehlspeisen lebten — Plinius nennt sie deshalb Hordearii — glaubten später, ohne animalische Beigabe nicht auskommen zu können. Unter den Vegetabilien standen immerhin die Cerealien, auf welche der Mensch am meisten angewiesen schein, im höchsten Ruf.

Eine *zweite Form* von *passiver Anziehung* ist der *horror vacui* (ἡ πρὸς τὸ κενούμενον ἀκολουθία); hier wird nicht das Einzelwesen, welches der Sättigung bedarf, durch den Reiz der Nahrung angelockt, sondern wie bei einem Blasbalg [7]) oder bei einem Saugrohr strömen die Stoffe, durch die Druckdifferenz getrieben, den Organen zu. »Alle Hohlorgane, die der Contraction und Erschlaffung fähig sind, üben bei der Ausdehnung (διαστέλλεσθαι) eine Saugwirkung auf die ganze Nachbarschaft aus, während sie umgekehrt bei der Zusammenziehung (συστέλλεσθαι) ihren Inhalt auspressen". [8]) Da hier die Wirkung auf leichtere Substanzen, aber auf grössere Entfernung sich erstreckt, so wird den Hautarterien die Fähigkeit zugeschrieben, bei

---

Schwerere leichter an, wenn es nur eine grössere natürliche Verwandtschaft hat (τὸ βαρύτερον ἕλκει, ἂν τῇ φύσει συγγενέστερον ὑπάρχῃ). [1]) Warum nicht auch Tuberkel-Diphtherie-Cholerabazillen? [2]) Vortrag in Frankfart. [3]) So wandern nach demselben Forscher die Leukocyten nach der inficierten Wundstelle. So sucht Plato sogar die aufrechte Stellung des Menschen zu erklären, indem das Hirn nach dem Himmel, dem Throne der Gottheit, strebe?! (Timaeus S. 104). [4]) Fac. S. 115.

[5]) Eigentlich „verwandt", dann „passend", daraus lässt sich leicht die weitere Bedeutung „dafür eingerichtet", entwickeln; diese ergibt sich auch aus dem Ausspruche Galens, „nicht jedes Thier sei so geschaffen (πέφυκεν) dass es aus Allem seine Nahrung ziehen könne. [6]) Fac. S. 116. [7]) Wie die Luft, sagt Galen, in den Blasebalg hineingerissen wird (εἰς τὰς φύσας ὁ ἀὴρ ἐπισπᾶται.) [8]) Fac. S. 249.

ihrer Ausdehnung die äussere Luft in sich einzusaugen, denjenigen Arterien aber, die mit Venen anastomosieren, das Vermögen, den dünnsten und leichtesten Bestandtheil des Blutes an sich zu reissen. [1]) Die Kommunication zwischen den Schlag- und Blutadern will Galen damit beweisen, dass, wenn ein Thier nach Durchschneidung der grösseren Arterienstämme sich verblutet, man die Venen ebenso leer findet, als die Arterien. [2]) Andere freilich erklären die Thatsache — mit einer Ahnung des wirklichen Kreisslaufs — indem sie die Anastomose durch das Herz stattfinden lassen.

Der *horror vacui*, welchem Galen nur eine untergeordnete Bedeutung zugesteht, kommt um so mehr zu Ehren bei Erasistratos und in unserer Zeit bei Ježek, der die in Zwischenräumen stattfindende Druckdifferenz von den durch die Respiration bedingten Druckschwankungen herleitet.

Die Meinungsverschiedenheit der älteren und neueren Forscher wird sich bei Erörterung der einzelnen Funktionen deutlich kundgeben.

I. *Der Schlingakt* (τὸ καταπίνειν).

Derselbe ist nach Galen eine Funktion des Magens, der die Speisen durch den Schlund [3]), den er als sein Werkzeug benützt, an sich zieht. Dieses letztere schlauchförmige Organ ist, wie er schreibt, dazu besonders eingerichtet, indem es aus zwei Häuten zusammengesetzt ist, die sich vom Magen bis zum Munde erstrecken; die innere (ὁ ἔνδον χιτών), aus longitudinalen Fibrillen (εὐθεῖαι ἶνες) bestehend, functioniert durch *Zug* (ἕλξεως ἕνεκα), [4]) die äussere (ὁ ἔξωθεν χιτών), die mit Querfasern (ἐγκάρσιαι ἶνες) ausgerüstet ist, wirkt nur durch *Druck* und zwar, indem sie, je nachdem die Contraction oben oder unten beginnt, nach dem Magen oder dem Munde zu den Inhalt weiter treibt. [5]) Bei Hungernden ist die Gier des Magens, die Speisen an sich zu raffen, so heftig, dass er nicht ruhig abwartet, bis dieselben im Munde zerkleinert und gekaut sind [6]). Er gleicht hierin zwei gefrässigen Fischen [7]), welche nach Aristoteles auf ihrem Raubzug den Magen mittelst des kurzen Schlundes, der ihnen als Fangarm (οἷον χείρ) dient, nach oben in den weitklaffenden Mund stossen, der Speise entgegen.

Durch solche theils der beschreibenden, theils der vergleichenden Anatomie entlehnten Beweise bekämpft Galen diejenigen, die entweder

---

1) Fac. S. 251. 2) ibid. 3) ὁ στόμαχος. 4) Fac. S. 223. 5) Fac. S. 226. 6) Fac. S. 231. 7) Aristot. Ed. Did. I S. 591 B. II S. 549, 27. Die zwei Fische heissen συνόδων oder σινόδων (nach Einigen dentex, nach Bussemaker nicht zu identifizieren) und χάννη oder hiatula (nach Cuvier, Serranus und Scriba).

eine Anziehung überhaupt leugnen oder die Weiterbeförderung der aufgenommenen Nahrung nach unten einem Wurfe vom Munde aus (*ὑπὸ τῆς ἄνωθεν βολῆς*) [1]) zuschreiben. Ježek [2]) nimmt eine Mittelstellung ein, indem er sowohl die Druckdifferenz als den Nachschub durch die oberhalb gelegenen Muskeln als ursächliche Momente beschuldigt. »Der Magen übt, da im Hunger wie im Durst der Druck sinkt, während der Exspiration eine Saugwirkung aus; gleichzeitig aber wird die Schluckmasse durch die gegen den harten Gaumen gleich einem Spritzenstempel angepresste Zunge unter hohen Druck gestellt.

2. Die Aufsaugung (*ἀνάδοσις*) und Vertheilung (*φορά*).

Die Theorie der Anziehung würde hier unsern Galen vollständig im Stiche lassen, wenn er nicht — ein Manöver, das er sonst seinen Widersachern vorwirft — [3]), vorn in die Enge getrieben, nach einem noch jetzt üblichen Sprichworte »durch ein Hinterpförtchen [4]) wieder hereinschlüpfte" [5]). Er beruft sich nämlich auf die von den Materialisten begünstigte Ansicht, nach welcher der Organismus einem vom Partikularismus durchsetzten Staatswesen gleicht, worin jedes Glied aus dem vorbeiströmenden Nahrungssaft zuerst seinen eigenen Bedarf deckt und nur den Rest, der ihm nicht zusagt, der allgemeinen Oekonomie überlässt. Da aber auch diese Sonderanziehung der Organe nicht ausreicht, um die Vertheilung der resorbrirten Stoffe im *ganzen* Körper zu erklären, so sieht sich Galen gezwungen, zu *zwei Hilfskräften* seine Zuflucht zu nehmen, zur *vis a tergo* und zu dem von ihm sonst vernachlässigten *horror vacui*; die erstere wirkt durch *Druck*, indem der Magen bei seiner Zusammenziehung seinen Inhalt in die Venen presst [6]), diese aber — sich ebenfalls contrahierend — ihn weitertreiben. Die *Druckdifferenz* dagegen tritt ein, wenn im weiteren Verlauf der Druck sich erschöpft [7]), indem jetzt die entfernteren Organe durch Ansaugen die Stoffe an sich heranziehen. Diese Druckdifferenz kommt nach Erasistratos und Ježek bei der Aufsaugung und Vertheilung allein in Betracht.

Ueber die *Form* und den *Aggegratzustand*, in welchem dies geschieht, hat sich grosser Zwiespalt entsponnen. Nach Erasistratos, dem einzigen, der auf dem Standpunkt der neueren Physiologie steht, findet die Aufsaugung nur in *flüssiger* oder *emulsiver* Form statt, und, nachdem eine *Kochung*, also *chemische Umwandlung* voraus-

[1]) Fac. S. 228. [2]) Jez. S. 59. [3]) Fac. S. 172. 4) *τῇ κηπαίᾳ.* 5) *ἀποχωρεῖν.* 6) Fac. S. 156. „*ἐνθλίβει ταῖς φλεψί*". 7) ibid. „*εἰ ἡ ἔνθλιψις ἐκλύεται, ἀναγκαία ἡ πρὸς τὸ κενούμενον ἀκολουθία*".

gegangen ist, da »nur das, was zu Blut umgewandelt ist, zum Aufbau des Körpers diene" [1]). In direktem Gegensatz zu ihm leugnet Asclepiades [2]) die *chemische* Zersetzung; die Nahrung wird nach ihm nur *mechanisch* zerkleinert, in Brei verwandelt [3]) und geht so in *rohem* und *unverdautem* [4]), das Getrunkene aber in *dunstförmigem* Zustand [5]) in's Blut über. Die Aufnahme roher Stoffe, jedoch *gleichzeitig mit verdauten*, nimmt der Anonymus [6]) und Alexander, der Philalethe [7]), an. Galen [8]) beschränkt den Uebergang von rohen Stoffen in die Säftemasse auf abnorme Verhältnisse, auf Ueberfüllung des Magens, besonders aber auf heftige Bewegungen nach der Mahlzeit. Davon sollen die Unverdaulichkeiten bei Kindern kommen, die ja nach Plato »unter allen Geschöpfen am schwersten zu behandeln" seien. [9])

Die Theorie von der *Aufsaugung unverdauter Stoffe* treibt noch Ableger bis in die neueste Zeit. Nach Jackson [10]) sind die nahrhaften Bestandtheile (the nutrient principles) in den Speisen vorgebildet und werden, indem sie in den Verdauungssäften sich lösen, — ohne weitere Umwandlung — nur von zur Ernährung unnöthigen Stoffen befreit.

Die Resorption in *Dunstform* geht auf den grossen Stagiriten zurück, findet aber auch in neuester Zeit ihren Verfechter in Ježek: »Der Wasserdampf tritt, nachdem er sich im Magen mit den Jonen der Eiweisse, Kohlenhydrate, Fette u. s. w. gesättigt hat, von hier vermöge der zwischen dem Magen- und Bauchraum gegebenen Druckdifferenz durch die poröse Magenwand in die Bauchhöhle über" [11]).

Welche *Abtheilungen des Verdauungskanals* sind nun zur Resorption besonders geeignet? Mering [12]) kommt auf Grund seiner Experimente zu dem Schlusse, dass im gesunden Magen überhaupt *kein Wasser* aufgenommen werde; die Alten machen hinsichtlich des Aggregatzustandes keinen Unterschied, und nach dem Anonymus findet die reichlichste Aufsaugung im *Magen* und *Schlund* statt. [13])

Auch die *Wege*, auf denen die Resorption eintritt, sind ein Gegenstand des Streites. Die neuere Physiologie stellt die Chylusgefässe und die Venen als Vermittler dieses Vorgangs hin; nur Jezek, der diese Funktion der chylusführenden Gänge leugnet, ihnen vielmehr ein Ausscheidungsvermögen zuschreibt, setzt Poren in der Magenwand varaus, die jedoch nicht für Flüssigkeiten, sondern nur

---

1) An. S. 46. 2) Der Anon. Lond. nennt ihn „Weindoctor" (*ὁ οἰνοδότης*), weil er ausser Wasser auch viel Wein ordinierte (Vgl. An. Sp.). 3) *χυλοῦσθαι.* An. 4) „*ἐξ ὠμῶν γίνεσθαι τὴν ἀνάδοσιν.*" 5) „*βούλεται εἰς ἀτμοὺς ἀναλυόμενον τὸ πινόμενον*" Fac. S. 123. 6) An. Sp. 36. „*καὶ ἐξ ὠμῶν καὶ ἐκ πέψεως*". (Sowohl aus Rohem als aus Gelochtem). 7) An. S. 44. Nach Spät (An. Sp.) vielleicht als Glied einer Schule „die Philalethen" so genannt. 8) Gal. K XV. S. 249. 9) Gal. K. XV. 290. 10) Beaum. S. 99. 11) Jez. S. 67. 12) Berl. Klin. Wochenschr. 1893 S. 460. 13) An. S. 48.

für die von ihm angenommenen Dämpfe durchlässig sind. Obwohl nun die Diffusion von Gasen bei Abscessen, die in der Nähe des Verdauungskanals liegen, und in dem Bruchwasser nach längerer Darmeinklemmung beobachtet wird, so findet diese doch nur unter abnormen Verhältnissen und in so geringer Menge statt, dass sie die nach reichlichem Getränk so rasch auftretenden copiösen Entleerungen nicht erklären kann.

Da im Alterthum die Chylusgefässe unbekannt waren, so mussten die Pfortadervenen die Rolle derselben übernehmen, sowohl bei denjenigen, welche, wie Galen, eine Aufnahme in flüssiger Form als bei denen, welche, wie Aristoteles, eine dunstartige Ueberführung für erwiesen halten. Der Anon, [1]) lässt den dampfförmigen Bestandtheil der Nahrung durch Poren in der Magenwand übertreten. Galen, sonst der Dunsttheorie abhold, kann doch nicht umhin, den Magenarterien bei ihrer Ausdehnung, also durch den horror vacui, eine Aufsaugung von Pneuma und dem allerdünnsten Bestandtheile des Chylus zuzugestehn. [2])

3. *Funktion des Pfortadersystems.*

Recht anschaulich vergleicht Aristoteles die Leber und die in sie einmündenden Gekrösvenen mit einem Wurzelstock [3]), der durch die von ihm auslaufenden Saugadern die Nahrung an sich zieht. Der »Magen und der Darm aber sind der Boden, aus dem sie diese schöpfen" [4]). Abweichend von der allgemeinen Lehre, nach welcher der Chylus theils in das Pfortadersystem, theils in den grossen Kreislauf übertritt, kommen nach Ježek die in Wasserdampf gelösten Nährstoffe erst auf Umwegen in die Blutbahn. Da nach ihm die capillaren wandungslose Spalten ohne Zusammenhang mit den Gefässen sind, so lässt er die Dunstmassen aus der Peritonealhöhle durch Lymphgefässe in diese Gewebsinterstitien gelangen, um von da infolge der abwechselnden Druckschwankungen durch die Seitenöffnungen der Venen aufgeschlürft zu werden. Nach Asclepiades geht wenigstens das Getrunkene auf diese Art in die Gewebe über. Die meisten Schriftsteller des Alterthums aber nehmen die Pfortader als Vermittler der Aufsaugung an.

Ein anderes Bild entrollt sich, wenn der Mensch *hungert*, wenn er, wie man sagt, vom eigenen Fett zehren soll. »In diesem Falle" zieht der Magen die Nahrung, die er vorher an die Leber abgegeben [5]),

---

[1]) An. S. 45. *„διὰ τῶν ἀραιωμάτων" „ἀτμοειδῶς".* [2]) Fac. S. 251. *„τὰς ἀρτηρίας φθανούσας πληροῦσθαι τῶν κουφοτέρων".* [3]) *„ῥίζωσις φλεβῶν".* [4]) Arist. de part. anim IV. [5]) Fac. S. 239.

wieder an sich zurück, vorausgesetzt dass letztere mit solcher überfüllt ist; denn *Herz* und *Leber* galten als die grossen Vorrathskammern, ersteres für die *Wärme*, letzteres für die *Nahrung*[1]). Der Beweis freilich, den Galen für diese Behauptung anführt, steht auf schwachen Füssen. Oft sahen wir, schreibt er[2]), Brod, wenn es schön in der Leber in Blut verwandelt war, als Blut in den Magen zurückkehren. Es ist kaum begreiflich, wie ein denkender Arzt durch eine einfache Magenblutung sich zu so weitgehenden Schlüssen verleiten lässt. Auch Ježek nimmt bei Fastenden eine Rückwanderung der Nährstoffe aus den Geweben in den Magen an und zwar auf denselben Bahnen, auf welchen die Diffusion erfolgte.

4. *Die Wirkung der peripheren Theile auf die Fortbewegung der Nährstoffe.*

Nach Galen üben alle Organe, sogar die secretorischen, wie die Nieren, auf die benachbarten Säfte, wenn sie nur die geeignete Nahrung enthalten, einen Zug aus, die weiter entlegenen folgen alsdann durch die Druckdifferenz; dass aber der horror vacui, wie Erasistratos und Ježek in seltener Uebereinstimmung annehmen, als ausschliessliche Triebkraft wirke, bestreitet Galen entschieden. »Wenn bei hochgradig Abgemagerten, so führt er aus, die Zufuhr den Abgang nicht weit überträfe, so wäre die Wiedererlangung des früheren Zustandes unmöglich[3]). Je grösser die Atrophie, um so mächtiger muss der Zug sein, der den Ersatz herbeiführt."

Für gefässlose Gebilde stellt Galen eine Einrichtung im Körper auf, die sich auch des Beifalls von Jezek erfreut. »Gleich den Kanälen[4]), welche einen Garten berieseln, ist der ganze Organismus mit zahlreichen Gewebsspalten[5]) durchzogen, welche den Nahrungssaft zuleiten. Die Zwischensubstanz ist aber so wunderbar angeordnet, dass die Versorgung weder zu spärlich ist, noch eine Ueberfluthung stattfindet; die anliegenden Theile[6]) ziehen dann den vorbeiströmenden Saft zuerst an sich, um den Ueberschuss an die weiter entfernten Gebilde abzugeben"[7]). Während aber bei Ježek diese Interstitien theils durch die Lymphgefässe, theils durch äusserst feine Poren der Arterien, die bei jeder Kontraction derselben dem Blute Durchlass gewähren, sich anfüllen, aber infolge der negativen Druckschwankungen sich in die Venen theilweise wieder entleeren, verhält es sich bei Galen gerade umgekehrt: die *Venen* versorgen die Gewebsspalten mit Nährmaterial, und die *Arterien* schlürfen bei der Ausdehnung

---

[1]) Gal. K. XV. S. 238 und 239 *„ἡ περιουσία τῆς ἐν ἥπατι τροφῆς"*. [2]) Gal. K. XV. S. 250. [3]) Fac. S. 176. [4]) *„ὀχετοί"*. [5]) *„τὰ διαστήματα"*. [6]) *„τὰ ἐπιπολῆς μέρη"*. [7]) Fac. S. 254.

die dünneren Bestandtheile auf. Nach Erasistratos [1]) findet dieses Ab- und Zuströmen infolge des horror vacui statt. Die Lücken [2]), die durch die Entleerung entstanden, finden ihren Ersatz in den Säften, die aus den Seitenwandungen der Gefässe [3]) angezogen und herbeigeführt werden. Mit Unrecht beschuldigt ihn hier Galen eines Widerspruchs, wie wenn er das Wort »Anziehung" in einem andern Sinne, als in dem der Druckdifferenz gebraucht hätte.

Die zu grösseren *Höhlen* oder *Klüften* [4]) ausgedehnten Maschenräume, wie sie sich in den Knochen finden, galten als kleine *Vorrathskammern* [5]), gleichzeitig aber auch als *Ausscheidungsorgane* [6]).

Da die Anziehung der peripheren Theile wegen der Entfernung auf grössere Schwierigkeiten stösst, so hat die Natur nach den Alten die Vorsorge getroffen, dass das Blut, je weiter es vom Centrum wegfliesst, um so leichter, dünnflüssiger und mobiler [7]) wird. Die grossen Blutdrüsen, nämlich Leber, Milz und Nieren ziehen nacheinander die dickeren Bestandtheile des Blutes an sich und befreien es dadurch von den schwereren Secretionsstoffen, der gelben und schwarzen Galle, und dem Urin. Während aber Erasistratos die Scheidung dieser Säfte durch die *verschiedene Weite* der Gefässlumina geschehen lässt, weil dieselben um so enger sind, je weniger Zähigkeit die aufzunehmenden Flüssigkeiten besitzen, so wirkt nach Galen die *Anziehung* allein. Denn »wie Menschenkoth den Hunden angenehm erscheint, so passt für die Milz und für die Nieren noch, was die Leber abgibt". [8])

1) Fac. S. 177. 2) „τὰ κενώματα". 3) „κατὰ τὰ πλάγια τῶν ἀγγείων". 4) „κοιλία ἢ φάραγγες". 5) „ταμιεῖον". 6) Fac. S. 255. 7) Gal. K. XV. S. 417. 8) Fac. 250.

VARIÉTÉ.

La banane comme médicament. Au point de vue comestible la banane fait peu de progrès dans le monde; il n'en est pas de même en thérapeutique; elle dissipe facilement la constipation des enfants et chez les adultes réussit dans les indigestions; elle doit être employée mure et prise comme un dessert. On peut encore l'associer sous forme de jus mêlée a de la limonade purgative, ou bien mêlée à de l'eau chaude et elle serait aussi une panacée contre les flux biliaires. Or, ce n'est pas encore tout. D'après *the Dietetic and hygienic Gazette* (Août) le Dr. Ussery vante et recommande la banane comme nourriture dans la fièvre typhoïde; elle renferme 95 % de matières nutritives, n'irrite pas la muqueuse intestinale ulcérée; presque tout est absorbé dans l'estomac.

THE MALARIA PROBLEM IN THE LIGHT OF EPIDEMIOLOGY.

Read before "The British Medical Association", 27th July, 1898.

BY DR. A. DAVIDSON.

4. There are several instances of malarial fever spreading slowly over regions previously healthy, and disappearing in the districts already invaded as it steadily advances onwards in a given direction. These may be called marching epidemies. They are like the onward march of an army, which, as it pushes forwards, leaves the country previously occupied free from its presence. The disease in these cases does not last longer than two or three years in one locality.

Such was the nature of the epidemy that spread over a great part of New England in the end of the sixties and in the seventies. The fever was not restricted to marshy localities, for high lands, free from pools and standing water, were attacked apparently as often and as severely as humid and marshy places. All the fever types were represented, and the worst congestive forms were prevalent during the height of the epidemy. Here there could be no question of water supply or of soil disturbance. Perhaps, if we knew more of the habits of the insects supposed to breed or inoculate the parasite, this kind of outbreak, at present so mysterious, might find an explanation.

5. We have also examples of quite local and temporary outbreaks clearly dependent on the establishment of marshy foci in some locality where malaria is little in evidence or altogether absent. Malarial fever broke out in Bound Brook in New Jersey in 1881 from the temporary formation of an artificial marsh of 60 or 70 acres. The inhabitants, numbering from 1000 to 1300, who had previously been quite free from fever, were all, without, exception, attacked with intermittent and remittent fever, and neuralgias. When the obstruction which caused the marsh was removed, and the land converted into meadow, the fever immediately disappeared.

Belonging to the same category are house epidemies. An instance of this kind is recorded by Friedel and quoted by Parkes [1]) as

[1]) Parkes, Edmund, Manual of Pract. Hygiene, 7th. Ed. Page 19.

occurring in the Marine Hospital at Swinemünde near Stettin. A large day ward for convalescents was evidently malarious, for after a patient had occupied it for several days he was sure to be seized with tertian fever of a severe kind. In no other ward did this occur. On examination, a large rain reservoir filled with rotten leaves was found to have overflowed and to have formed a marsh 4 to 6 square feet close to the doors and windows of the room, which, on account of the hot weather, were kept open at night.

If the plasmodium is a normal parasite of insects which live in marshy localities, the creation of a marsh may be supposed to lead to the immigration into such locality of an insect previously absent from it. Up to a certain point, therefore, these local epidemies are explicable on this hypothesis; but the sudden appearance of one or more plasmodium-nursing insects in localities from which they were previously absent, and the rapid infection of an entire community, and their equally sudden disapparance, present difficulties not to be ignored.

I have no satisfactory explanation to offer of house epidemies, such as that related. On Bignami's inoculation theory it would be difficult to account for the infection being restricted to a single room, as in the instance mentioned, for however limited may be the range of these creatures they would not likely have failed to effect an entrance into the other wards. The question remains, in what way did this small marsh cause malaria?.

6. Ship Malaria. Malarial fever, or at least a fever presenting all the clinical features of that disease, has been observed to break out on board ship, on the ocean, in circumstances which absolutely preclude the possibility of the infection having been contracted on shore. Assuming that these fevers are really caused by the haematozoon of malaria they appear to me to be absolutely irreconcilable with Bignami's or Koch's inoculation theories, for gnats and mosquitos are not met with at sea. It may be held that a mosquito-bred plasmodium was present in the ballast or cargo, and in some of the instances the possibility of this must be admitted. A case in point is related by Simon. In March, 1887, while the French Ship of War *La Vipère* was stationed in the bay of Halong, six, out of a complement of seventy-seven men, were seized with malarial fever. None of them had been on land for a long time; the bay was not marshy, and the temperature at the time ranged from 12^0 to 15^0 C. Simon concludes from this that the infection was not contracted on land, but developed on board. In the lowest hold there

was a quantity of slimy sand which had been taken in as ballast, and which being near the engine was kept at a high temperature. This hold was occupied as a sleeping berth by the six malaria-stricken patients. Simon was of opinion that the germ of malaria was in the sand, and had become diffused in the air of the hold. The disease ceased as soon as the hold was cleaned out and disinfected. [1]) But how are we to explain cases in which the infection was apparently caused by the air of a mouldy store-room, as in Holden's well-known case, [2]) or those which have developed during a voyage from a non-malarious country from the planking of a vessel, having become wet during stormd weather, which prevented ventilation? Perhaps it would be wiser to wait until the malarial character of house and ship outbreaks has been demonstrated by microscopical examination of the blood before speculating on their causation.

7. The season of maximum malaria prevalence in temperate olimates is not summer and autumn but spring, when the temperature in northern latitudes is under freezing point.

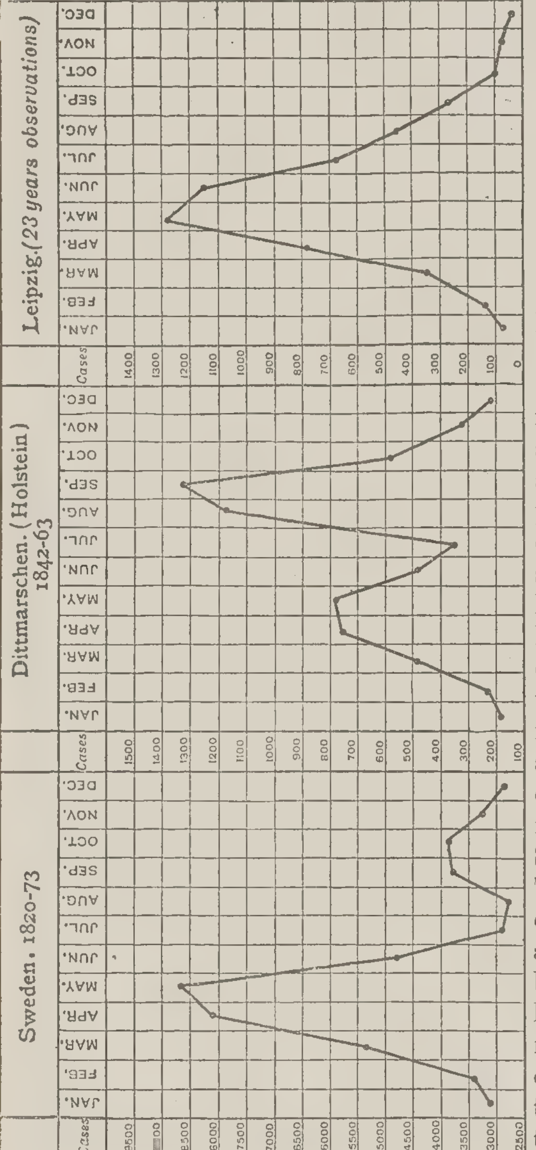
The disease often develops in a severe epidemic form in very cold weather. Frank tells us that he witnessed intermittent fever to reign in Vilna in the month of February when the thermometer marked 13 degrees below the zero of Fahrenheit. Walter says that in Kieff and the Eastern Governments of Russia epidemies of malarial fever show themselves even when the whole country is under a firm covering of ice, and in these circumstances attains a higher intensity that in the hot summer time. [3]) These facts have been rather ignored in speculations about malaria, yet they must fit in with any true theory of the disease.

It is generally held that the absence of malaria from high latitudes and altitudes is owing to their low temperature. Hirsch fixes the summer isotherm of 59⁰ or 60⁰ F. as the limit of malaria in Europe and concludes that regions, in which the mean temperature of the warmest months is under 59⁰ F., are exempt from fever inasmuch as this summer-autumn temperature is necessary for the evolution of the infection. [4]) He does not explain in what way the temperature of summer and autumn can affect the evolution of a disease which in these latitudes is not a summer and autumn one, but essentially a spring disease.

---

1) Rev. d'Hyg. X. 1888, p. 978, condensed from Scheube, *Krankh. der Warmen Länder.*
2) American Jnl. of Med. Scien. Jan. 1866.
3) Walter, Med. Ztg. Russl. 1857, p. 99, quoted by Hirsch.
4) Hirsch, Geo. & Hist. Path. Vol. I, p. 252.

If we examine the accompanying diagram it will be seen that in Sweden the fewest cases of malaria occur in July and August, which are the warmest months, and the next fewest in December and January, which are the coldest months. In Leipzig malaria is essentially vernal. Here thereis no autumn rise. In Dittmarsch in Holstein, where the country is marshy and where malaria is intense, we have two marked outbursts, one in spring, the other in autumn, the maximum prevalence falling on autumn.



The question whether the spring and autumn fevers in countries such as Sweden and Holstein are caused by the same parasites cannot be looked upon as definitely settled. Mannaberg, however, says that he has never met with crescents in Vienna, where the disease is mainly vernal, but where a very distinct autumn outburst, some what more marked than in Sweden, is also observed. This points to the conclusion that the spring and autumn fevers alike belong to the simple or large-parasite forms — not to the malignant or small-parasite varieties. There is no reason, then, for supposing

that there may not be some genetic relation between the autumn and spring broods of fevers.

If the summer and autumn temperature is really the factor which determines the latitudinal limit of malaria, then we are forced to the conclusion that the germ grown — whether in soil or mosquito — in summer and autumn must give rise to the crop of fevers appearing in the succeeding spring. If the spring infection is not caused by an autumn grown germ, then, I maintain, the temperature of summer and autumn has nothing to do wtth the limits of malaria, or with the presence or absence of malaria in certain countries. The appearance of malarial fever so early as February in northern latitudes is clearly irreconcilable with the view that the infection is inoculated in spring by gnats or mosquitos, for I presume that these insects are absent at that season from these ice-bound regions. Nor can we suppose that plasmodia are bred at that season. Assuming, then, that the spring crop of fevers in these latitudes are the harvest, so to speak, of seed grown in the mosquito or some other insect during the preceding summer and autumn; how are we to account for their brêaking out in spring? Two explanations suggest themselves: *a)* We may suppose that the spring febricants contract the infection — through the air, by food or water or by inoculation during the summer and autumn, and that it remains latent in the system during the winter to break out in spring. The germ may on this hypotheses be supposed to be introduced into the body in a stage of development at which it cannot produce fever, that it has to undergo development or metamorphosis in the spleen, the medulla of the bones or other internal organs of the human body for a time corresponding with the period of latency. The infection contracted during the early part of summer would manifest itself as a febrile disease in February, that contracted in autumn later. *b)* We may, on the other hand, suppose that the germ produced in summer and autumn has to undergo some development outside man, in the soil or in some other animal, before it becomes infectious to man; and that it is only in spring after it has undergone the necessary changes outside man, that it effects an entrance into the human body and gives rise to fever. Whichsoever of these two views may ultimately prove correct, I have no doubt that the spring fevers are the brood of summer and autumn germs.

Looking now at the whole question as it presents itself to my mind, in the light of Ross's observations and the analogy of parasitism, I shall state my views in a few sentences.

The malaria parasite is not dependent on man for its existence. It meets him to his sorrow in regions previously uninhabited. This fact in its history is adequately accounted for on the supposition that the plasmodium lives and multiplies in the soil of malarious localities, and finds its way into the system in water or air, or, as Bignami suggests, by inoculation — the virus being conveyed from the soil in which it is present by the agency of mosquitos or other insects: but on this theory, which implies that man is an accidental host of the plasmodium it is difficult to explain how a soil parasite should adapt itself so perfectly to life in man, as to develop and multiply in the system and become latent there until conditions favour its reappearance. This perfect adaptation to its human host is not what one would expect in a parasite whose normal life is in the soil. The forms of the parasite which come into existence only after the blood is removed from the body, and which seem to have to do with the extra-corporeal life of the plasmodium, have no meaning on this hypothesis.

The theory that the parasite is removed from man by the mosquito, in which it undergoes development, and in the second generation is able again to infect man by inoculation, affords no explanation of how it exists and maintains itself where man is absent, how disturbance of the soil gives rise to epidemies, or how the disease is absent from countries where mosquitos abound, and present at seasons of the year when mosquitoes and allied species are absent.

No difficulty in accounting for the presence of malaria in uninhabited regions presents itself on Manson's hypothesis that the plasmodium is a normal parasite of the mosquito. This mosquito-bred plasmodium is hypothetically there to infect man when he ntrudes into malarious regions. But this theory is not without its difficulties. If we assume that any mosquito or gnat its capable of serving as a host of the parasite, then the introduction of a single malarious patient into a healthy country would give rise to an epidemy of fever, which is not the case. If each form of parasite has its own appropriate host, as Ross on grounds of experiment assumes, this difficulty is got over; for unless the suitable mosquito is at hand — the presence of a malarious patient will not suffice to start an outbreak. But a difficulty of the kind we have mentioned in connection with the soil hypothesis meets us, for if the parasite completes its life-history in the mosquito alone and can maintain itself in this insect without requiring the aid or intervention of man or any other animal, how are we to account for its perfect adapta-

tion to life in its human host, or for the fact that in him it runs a different cycle from what it does in the mosquito, and how are we to account for its cycle in that insect being apparently complementary to that which it runs in man? Man is clearly not an alternative host of the parasite in the sense that it can run in him the same cycle as it does in the mosquito, and can thus take the place, so to speak, of the mosquito in relation to the parasite. From the glimpses we get of it in the mosquito's stomach, after it has been removed from man, (assuming always, as is highly probable, that the growing pigmented bodies described by Ross are malaria plasmodia) we are assured that the life-cycle of the parasite in its insect host is altogether different from its cycle in man. Man is the alternative host only in the sense that the parasite runs one part of its cycle in him, the other, and complementary part in the mosquito. Why, we may ask should the plasmodium gratuitously attack man if its existence be assured by the mosquito alone? and why should provision be made for its removal from the blood of man if this is not necessary for its propagation? We rather conclude that man and the mosquito are both necessary for its propagation — its cycle being from man to mosquito and from mosquito to man in never failing series. And this it what appears to be the case in regard to the closely allied proteosoma of this sparrow. It runs a double cycle — from sparrow to mosquito, from mosquito to sparrow. There is no evidence that it can complete its life-history in the mosquito alone. Are we not, therefore, justified on the ground of analogy in assuming that the malaria parasite requires two hosts for its continued existence?

But if we assume that man alone serves as the host in which the first part of its cycle can be accomplished, its presence in malarious countries before the advent of man is inexplicable. As the proteosoma can run the first part of its course in the crow and lark, as well as in the sparrow, may we not suspect that man is not the sole alternative host of the parasite *vis a vis* to the mosquito, but that other animals present in malarious countries may, in the absence of man, and even when he is present, serve as the host of the parasite, in which it runs the first part of its life-cycle and from which it is removed by the agency of the mosquito in order to complete its cycle in that insect. [1]) It may be quite true that any

[1]) This prediction seems to have been already fulfilled. We quote the following from the Brit. Med. Journal of Nov. 12th: "A further discovery has been made by Dr. Dionisi, who has at last found in certain mammals (Bats) a malarial infection due to parasites resembling those cf human malaria. The amœbae in these animals are present in great numbers; young annular forms are chiefly seen, but some pigmented forms are also present".

mosquito cannot serve as nurse for any form of the parasite, but the fact that the tertian parasite as we know it in Europe exists in India where it is said to be propagated by a barred-backed mosquito which does not exist in Northern Europe, leads us to conjecture that not only may some of the lower animals fulfil the rôle of man, but that other species of insect may take the place of the dapple-winged and barred-backed mosquitos.

I do not think of the disease in regions uninhabited by man as passing from mosquito to larva and from larva to mosquito in never-failing series, but as passing from the mosquito directly by inoculation, or indirectly through soil, water, or air to some animal in which the parasite runs a cycle analogous to that observed in man, and from these, again, to the mosquito or other insect feeding on the blood of these malariated animals, and so on in never-failing series.

It may be urged against this view that it is contrary to the results of inoculation experiments, and unsupported by observations of the occurrence of malarial fever in the lower animals. Too much importance however is not to be attached to the negative results which have followed the injection of malarial blood into the lower animals as a proof that the parasite cannot develop in them. It does not follow that animals are immune to the infection because it cannot be communicated to them by inoculation with human blood. Besides, it is quite possible that the alternative host has not yet been found and experimented upon. It is not even certain that the disease in the lower animal, which hypothetically serves as the host of the parasite, is a febrile one. Malaria is not necessarily febrile in man. Apyrexial forms are known.

There is evidence of a kind not to be ignored that some of the lower animals do suffer from febrile forms of malaria in all respects similar to, and probably identical with, the human disease. Parke in his work entitled "Personal Experiences of Equatorial Africa" assures us that the donkeys belonging to the expedition suffered from intermittent fever. Their hair stood on end, their ears drooped, and, as he says, "they looked miserable all over"; their temperature was high, in one case it reached 106° F. in the rectum. The fits were brought on, too, in the same way as those in man. Swimming across a stream always brought on an attack in them, 'just as it did in the case of their christian and pagan fellow travellers'. Lawes, in New Guinea, observed dogs to have shivering fits, followed by a hot stage. These fits lasted for a few hours and returned at

regular intervals. Macculloch, long ago, recorded similar observations of malarial fever occurring in dogs in Britain, and many authors assert that they have witnessed tertian fever in horses, cows, swine, and other animals. In none of these cases, of course, has the blood been examined for the malaria parasite; but these facts, nevertheless, render it by no means improbable that more than one species of the lower animals suffer from malaria. We shall thus have to look for some animal present in malarious regions that normally performs the rôle in which man participates when he appears on the scene, and for other insects that can take the place of the dapple-winged and barred-backed mosquitos.

Should this theory prove correct, as I think it will, some of the difficulties which at present surround the etiology and epidemiology of malaria would be lessened or disappear.

Post Scriptum.

The day after this paper was read, Dr. Manson communicated to the British Medical Association some important observations of Surgeon-Major Ross on the development of the proteosoma of the sparrow in the mosquito, which appear to prove that this parasite runs a part of its cycle in the sparrow, the other, or complementary part, in the mosquito. This supports the view that malaria runs only a part of its cycle in the mosquito, and that it must find an alternative host in some other animal in malarious regions from which man is absent. This should encourage observers in malarious countries to seek for the host in which the parasite normally runs, what we may call, the first part of its cycle. The diffusion of malaria will probably be found to depend largely on the presence of this alternative host.

VARIÉTÉS.

Y a-t-il une différence entre les plasmodies de la fièvre quotidienne et celles de la tertiane? Mays (Münch. Med. Wochenschr. 1898, N°. 25) croit qu'oui, parce qu' il a pu combattre les accès de la première par l'administration du *Bleu de Methylen* (3 × 50 mgrm. — 5 × 1 grm.) pendant 3 ou 4 semaines, tandis que la seconde ne fut pas influencée par ce traitement.

Le même loue le *Diaphtherin* (Oxychina septol) comme bactéricide dans le traitement de la gonorrhée, de la cystite et de diverses plaies. DANIËLS.

Le bleu de methylène et la malaria. Le Dr. Cardamatis d'Athènes, sur plusieurs centaines de malades atteints de malaria à des degrés divers d'évolution et de gravité a donné le bleu de méthyle à la dose quotidienne de 0,50 ou 0,60 centigrammes et a obtenu la guérison dans les proportions de 93 %. Cette guérison s'est itenue man malgré que les sujets restassent dans des endroits contaminés par les fièvres. M. C.

UEBER BROD-SEUCHEN.

Von Dr. M. HÖFLER (Tölz).

Eine Reihe von pestartig aufgetretenen Volksseuchen des Altertums und Mittelalters lassen sich seit R. Koberts Untersuchungen (*„Historische Studien ans dem pharmakologischen Institute der Kaiserlichen Universität Dorpat" I. Halle 1889)* als Brod-Seuchen erklären dh. aus einer Mutterkorn-Vergiftung durch verdorbenes Getreide bezw. Brod. Das den Fruchtknoten des Roggens überwuchernde, als schwarze Pilzmutter (μελάνθιον) seit Alters als giftig bekannte Secale cornutum *(Claviceps purpurea Tulasne)* heisst in Deutschland auch Kornstaupe, Kriebelkorn, Hungerkorn etc., weil es die Kornstaupe oder die Kriebelkrankheit (Ergotismus) veranlasst und Hungersnot brachte. Diese Brodseuche entspricht zum Teil (aber nicht ganz) dem Sacer ignis, Ignis martialis und St. Antonius-Feuer, worunter aber die verschiedensten Krankheiten, die in Gangraen oder Sphacelus ausgehen, verstanden wurden. Es vereinigte sich eben mit dem chronischen Ergotismus irgend eine akute Infectionskrankheit und »es bedurfte nur dem Einsetzen dieser z. B. Typhus, Pocken etc., um in dem durch Mutterkorn vergifteten Körper die schlummernde Neigung zum kalten Brand hervortreten zu lassen" *(Vierordt, Medizinisches a. d. Gesch. [2] 1896. 75).*

Gegen dieses heilige Feuer (kalter Brand), welches als Ergotismus 857 bereits am Rhein aufgetreten war *(Janus I, 104)*, hatten die Antoniter *[ordo St. Antonii a Gastone quodam nobili Delphinate anno 1095 institutus in solatium eorum qui igne sacro afflicti erant, Du Cange, Glossar. I. 304]* ein Geheimmittel, vermutlich ergotinfreies Brod, das sie an die Armen verteilten; so wurde das »mal des ardens" (ignis sacer) zum »mal St. Antoine". In Belgien ist als Volks-Mittel gegen das St. Antonius-Feuer noch das St. Antonius-Brod gebräuchlich *(St. Antonius-wafels, Wafelgeback)* (*Volkskunde, Tydschrift voor nederlandsche Folklore 1894, 42; 1895, 59).* Auch in Deutschland gilt das St. Antonius-Brod als Mittel, um die Ackerfrüchte vor Korn-Brand zu sichern wie auch das Agathabrod vor dem »Feuer" (heiliges Feuer) schützen sollte.

Dieser durch die Klostermönche verbreitete Volksbrauch dürfte auf weit ältere Zeiten zurückreichen, wie im Nachfolgenden erläutert

werden soll. Durch die Güte des Herren Dr. Kroi (München) erhielt Verf. folgende Mitteilung:

In Preller's: Roemische Mythologie II. 33—34 (3. Auflage) wird ein von der Bruederschaft der Arvaler *(Plinius h. n. XVIII. 6. arvorum sacerdotes)*, die als eines der ältesten und heiligsten Institute des alten Roms galt, gesungenes Lied nach altrömischem Schrifttext veröffentlicht; dieses lautet:

»E, nos Lases iuvate,
Neve luerve Marmar sins incurrere in pleoris.
Satur furere Mars limen sali, sta berber.
Semunis alternei advocapit conctos.
E nos Marmor iuvato.
Triumpe, Triumpe.«
»Age, nos Lares juvate
Neve luem Mars [1]) sine incurrere in plures.
Satur furere Mars limen sali, sta verbere.
Semones alterni advocabite cunctos.
Age, nos Mars *(Frühlingsgottheit)* iuvato.
Triumphe, Triumphe.

Deutsch: Helfet uns, Laren! Mars (hoere auf),

Lasse keine Seuche mehr über das Volk kommen.
Satt vom Rasen *(als Seuchengottheit)* kehre heim zur Tempelschwelle; hoere auf zu peitschen *(das Volk)*. Rufet abwechselnd alle Semonen *(halbgöttliche Wesen)*; Mars soll uns helfen!

Herr Dr. Kroi fügt hinzu an:

»Dies Lied wurde nach schriftlichem Texte von der Genossenschaft der arvalischen Brüder gesungen, wobei es genau auf den (überlieferten) Wortlaut ankam, auch wenn der Sinn nicht mehr verstanden wurde; es kann also kaum ein gewöhnliches Schutzgebet gewesen sein; es wurde gesungen bei einem religiösen Tanz, der den Abschluss einer Cultusfeier bildete zu Ehren der Acca Larentia, die mit der Dea Dia, Goettin der römischen Stadtflur *(arva)* identisch ist. Dieses Fest galt nur der Weihung der Fluren; dabei war aber folgende Ceremonie üblich: zwei Brüder *(fratres arvales)* gehen mit einigen Dienern aus, um »Früchte" (vom Acker) zu holen,

---

1) „Im Maerz (Mars) nahmen die irdischen Vertreter des jungen Jahresgottes [Mamers, Mars], nemlich die Salier, die Auspeitschung und Austreibung des alten und abgelebten Jahresgottes, des Mamurius Veturius, vor" (Liebrecht, zur Volkskunde 411).

welche sämmtliche Brüder dann unter einander von Hand zu Hand zureichten, bis sie in die Hände der Diener zurückkehrten. Darauf begaben sich die Brüder wieder in den Tempel, sprachen ein Gebet, öffneten die Türe, lagerten sich am Abhange und liessen *mit Lorbeer bekränzte*[1]) *Brode* unter dem versammelten Volke verteilen".

Aus obiger altrömischer Gebetsformel und den Ceremonieen geht hervor dass dieser »Ordo" zu bestimmter Zeit, dh. im Anfange des römischen Jahres, im Monate Maerz von ihm ausgelesenes Getreide zu Brod verarbeitete und als reines Product der frischen Feldfrüchte verteilen liess, nach dem er vorher zu Mars gebetet hatte, er möge keine Seuchenplage (Ignis martialis) mehr unters Volk kommen lassen, mit der er letzteres geschlagen hatte. Wir werden nicht irre gehen in der Annahme, dass das Volk als Ursache einer Seuche die schlechte Beschaffenheit der letzten Feldfrüchte ansah, bezw. diese Seuche von dem Genusse schlechten Brodes ableitete. Die Verteilung des frischen Brodes war auch neben dem Gebete der Hauptpunkt der priesterlichen Handlung, da die Brüder dasselbe selbst zubereiteten und mit Lorbeer bekränzten; dies alles wohl in traditioneller Erinnerung an eine frühere (und vielleicht auch öfters wiedergekehrte) Brodseuche.

Es ist gewiss kein blosser Zufall, dass das heilige Feuer (Ignis sacer) auch Ignis martialis heisst, das durch die mittelalterlichen Mönche zum Ignis St. Martialis (1363) und zum feu St. Marcel (1572), feu. s. mal St. Martin, mal St. Martial etc. geworden war.

Da gerade schwere Volksseuchen uralte Kultformen zum Zwecke der Bekämpfung jener wieder frisch aufleben lassen, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass wir in dem Ordo St. Antonii eine 1095 neuerwachte Nachahmung des altrömischen Collegium der sog. Fratres arvales haben, die beide den Zweck hatten, Brodseuchen in ihrer Ausdehnung zu beschränken bezw. zu heilen.

[1]) Der Lorbeer war bei den Roemern ein Mittel gegen den Saatbrand (Kobert I, 26), dessen Folgen (dh. die Brodseuchen) dieselben seit langer Zeit fürchteten (l. c. I, 25).

NOTE SUR LE PHAGÉDÉNISME CHEZ LES ARABES ET LES KABYLES.

Par le Dr. J. BRAULT,

Prof. à l'École d'Alger, membre Correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Les Arabes et les Kabyles offrent une proie facile au phagédénisme, je ne ferai que rappeler les observations de Rochard dans l'Hedjaz, de le Dantec chez les déportés de la Guyane. Nous mêmes, nous avons été aux prises avec la plaie des pays chauds; lors du rapatriement de l'expédition de Madagascar, des milliers de convoyeurs Arabes et Kabyles ont été atteints, nous en avons soigné plusieurs centaines au lazaret de Matifou et à l'hôpital du Dey.

Alors que les convoyeurs recrutés en Algérie étaient décimés par le fléau; les Somalis et les Soudanais auxiliaires, aussi mal équipés et soumis aux mêmes influences, sont restés à peu près indemnes.

Ce n'étaient pas seulement les plaies banales des membres inférieurs qui étaient envahies par le processus, mais encore les plaies des membres supérieurs et les excoriations d'origine vénérienne.

Chez plusieurs convoyeurs Kabyles atteints de syphilis, nous avons vu des plaques muqueuses scrotales se compliquer de phagédénisme, quelques uns mêmes out eu de ce fait après ulcération et dissection des bourses de véritables fougus d'un nouveau genre.

Les tirailleurs lors du rapatriement nous ont également présenté en assez grand nombre des chancres et des bubons phagédéniques extrêmement tenaces.

Mais il n'est pas nécessaire aux indigènes (Arabes et Kabyles) de s'expatrier dans les colonies tropicales, pour présenter fréquemment cette complication de leurs plaies.

Le chancre mou, la plaie la plus complaisante pour le phagédénisme pullule en Algérie.

Lorsqu'on dépouille les statistiques annuelles de l'armée, l'on voit que l'Algérie et surtout la province d'Alger, vient, en toute première ligne pour la chancrelle. [1])

---

[1]) Ceci contraste avec ce qui existe dans certains pays du Nord où la chancrelle est infiniment rare. Il y a quelques années, un assistant de Liège nous a fait part de son étonnement vis à vis de la fréquence du chancre mou en Algérie.

Après avoir observé en France, chargé pendant plusieurs années d'un service de vénériens à l'hôpital du Dey, j'ai été frappé du nombre anormal d'individus (Indigènes et Européens) atteints de cette affection.

Mais dans ce contingent, les Indigènes sont beaucoup plus sujets au phagédénisme et présentent surtout des formes plus sévères.

C'est ainsi que dernièrement, nous avons du procéder à une autoplastie assez insolite. Voici l'observation résumée:

B. J. D. spahis indigène nous est évacué de l'hôpital de Teniet-el-Haad, un chancre phagédénique lui a amputé la verge, notre homme a déjà essayé par deux fois d'attenter à ses jours. (Août 1896.)



La verge est réduite à un petit moignon de 3 centimètres environ, hypospadias très-accentué. A la base, la peau du fourreau rétractée jusqu'au pubis n'est plus représentée que par une mince collerette recouvrant une rainure profonde où le phagédénisme continue à creuser.

Après avoir stérilisé la plaie à l'aide de cautérisations très énergiques au thermo-cautère, nous avons pratiqué l'autoplastie suivante.

Ainsi qu'on peut le voir sur le dessin ci-contre, nous avons tracé 2 V, l'un sur le ventre l'autre sur la région des bourses, ceci nous a permis pour ainsi dire de reculer la région pubienne et les bourses et surtout d'amener en avant tout en le recouvrant, le reste de l'organe. Les corps caverneux ont été »désenfouis" sous l'ogive pubienne et nous n'avons pas craint d'aller jusqu'au ligament de *Luschka.*

La portion antérieure du moignon désormais bien cicatrisée, simule une sorte de gland, nous escomptons cette heureuse disposition.

Dans une deuxième autoplastie à quelques semaines d'intervalle, nous faconnons la verge par trop carrée, nous fermons l'hypospadias et nous réséquons les bourses d'une longueur disproportionnée.

Comme l'on peut s'en rendre compte sur la photographie que nous donnons, la verge a repris une certaine longueur; un peu massive au repos, elle s'affine dans l'érection, à ce moment elle atteint près de 9 centimètres.



Fig. 2.
Photographie immédiatement après la retouche.



Fig. 3.
Photographie après cicatrisation complète.

Les cicatrices ne sont ni douloureuses, ni gênantes, même dans l'érection. Le malade revu plusieurs mois après est très satisfait et ne pense plus à ses funestes projets.

Alger, 25 Juin '98.

TRAITEMENT DE LA LÈPRE.

Traitement de la lèpre aux îles Fiji. Un arbre du pays, Exoecaria Agallocha, ou poison du lait posséderait le pouvoir de guérir cette affreuse maladie. Mr. le prof. L. LEWIN en aurait été avisé par des missionnaires. Voici comment on procède: le corps du malade est couvert des feuilles de cet arbre après qu'on l'a mis dans une hutte étroite faite avec les branches du dit arbre et frotté avec les feuilles fraiches. Le corps est ainsi couvert des feuilles d'Exoecaria, les pieds et les mains sont attachés et il est ainsi trainé près d'un petit feu fait avec des branches des fameux arbre; la tête du patient est élevée de 15 pouces du foyer au milieu d'une fumée épaisse et noire. C'est en somme un bain de vapeurs aromatiques (?) qu'on fait prendre au sujet.

Il reste, malgré ses appels désespérés, pendant quelques heures exposé à la fumée; on cuit (!) les microbes de la lèpre sur place et quelques jours après, s'il survit à cette dure épreuve, il est guéri. M. C.

CONGRÈS DES MÉDECINS ET DES BIOLOGISTES A DUSSELDORF.

Verhandlungen der Section für Geschichte der Medicin während der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf vom 19 *bis* 27 *September* 1898.

Das Verdienst, in diesem Jahre wiederum eine Section für med. Geschichte in Düsseldorf zu Stande gebracht zu haben, gebührt dem bekannten Paracelsusforscher, dem Arzt zu Hochdahl bei Düsseldorf, KARL SUDHOFF, sowie dessen ausserordentlich rührigen Mitarbeiter Dr. Baron VON OEFELE (Neuenahr). Beide Männer haben überdies noch das geleistet, dass sie eine historische Ausstellung ins Leben gerufen haben, welche in den Räumen des Kunstgewerbemuseums unter Direction des sehr liebenswürdigen Directors Herrn FRAUBERGER untergebracht war und thatsächlich nach Reichhaltigkeit und Vollständigkeit alle Erwartungen übertraf. Der gedruckte, ein kleines Compendium der med. Geschichte bildende Katalog von 220 Seiten Länge bestätigt, was schon die Besichtigung der Ausstellung lehrte, dass kein Gebiet der med. Historie unberücksichtigt geblieben ist. Besonderes Interesse seitens der in grosser Zahl erschienenen Besucher erregte noch die von dem Privatgelehrten Herrn WALTHER SCHIMMELBUSCH in Hochdahl bei Düsseldorf zu Stande gebrachte Sonderausstellung »Deutschlands dichtende Naturforscher und naturforschende Dichter", sowie die Ausstellung zu Ehren des Herrn Professor ED. NICAISE (in Paris), bestehend in seinem Portrait, seinen 3 grossen unsterblichen Ausgaben der Chirurgieen von Mondeville, Guy de Chauliac und Pierre Franco in je 1 Exemplar und zahlreichen anderen kleineren Arbeiten dieses hochverdienten Wundarztes. Was die Verhandlungen anbetrifft, so waren dieselben gut besucht. An denselben nahmen u. A. Theil Proff. Helfreich (Würzburg), Stieda (Königsberg), Kahlbaum (Basel), Pagel (Berlin), v. Töply (Wien), Kollmann (Basel), Blasius (Braunschweig), Peypers (Amsterdam), Trosse (Neuenahr). Vorübergehend schenkte sogar VIRCHOW der Section die Ehre seiner Theilnahme. Im Folgenden bringen wir ein Verzeichniss der Vorträge nebst kurzem Resumé der Verhandlungen. Eröffnung fand am Montag d. 19. 9. statt und beschränkte sich auf die Constituirung des Vorstandes. Es wurden gewählt der Einführende SUDHOFF zum Vorzitzenden und die Coll. FELDMANN und MÜLFARTH zu Schriftführern. Den Reigen der Vorträge am 20. eröffnete v. OEFELE (Neuenahr) mit einer Inhaltsanalyse bezw. litterarischen Mittheilungen über den Veterinairpapyrus Kahun, das älteste bekannte Hieroglyphendocument, welches vor einigen Jahren von Flinders Petrie für das British Museum erworben von Griffith zum ersten Male herausgegeben ist. v. OEFELE erläuterte seine Darlegungen an der Hand einer photographischen Copie, die er in zahlreichen Vervielfältigungen unter die Anwesenden hatte vertheilen lassen. Regen Antheil an der Discussion nahmen besonders zahlreich erschienene Mitglieder der Veterinairsection, welche vielfach recht befriedigende Aufklärung und Ergänzung zu den pragmatischen Ausführungen des Vortragenden lieferten. Prof. KAHLBAUM (Basel) gab in fesselnder und packender Sprache eine bisher nicht allgemein bekannte biographische Episode zum Besten, nämlich über die Beziehungen zwischen dem Chemiker Liebig und dem Entdecker des Ozons, Schönbein in Basel. Es folgte dazu EBERHART (Köln)

mit einer Darlegung der geburtshülflichen Anschauungen vor 300 Jahren an der Hand des bekannten, unzählige Male aufgelegten Arzneibuches von Oswald Gabelkower. An der Discussion betheiligten sich Sudhoff und Pagel. Sehr anerkennenswerth war es, dass Spät (Ansbach) die weite Reise nicht gescheut hatte, um seine bekannte Hypothese über »Ursprung und Wesen der Pneumalehre bei Hippokrates" (nach dem Kenyon-Papyrus) persönlich vor dem Forum berufener Collegen zu vertreten. Den Beschluss bildete die höchst interessante Quellenstudie von Schäfer (Remscheid) über Fabricius v. Hilden. Am Nachmittage fand ein Rundgang durch die Ausstellung seitens der Mitglieder der Section statt. Bei dieser Gelegenheit sei nachgetragen, dass die ungarische Regierung Hrn. Dr. Tiberius Györy Edlen v. Nadudvar aus Budapest eigens zum Studium der Ausstellung delegirt hatte. In Anerkennung der grossen Verdienste des »Janus" um die Förderung medicinisch-historisch-geographischer Studien sandte die Section zwei Begrüssungs- und Huldigungs-Telegramme an die Mäcenaten dieser Zeitschrift, Herrn Dr. C. W. Janssen, und die Directoren der Deli Mij, sowie an den niederländischen Colonial-Minister Excellenz Cremer. Beide hatten die grosse Liebenswürdigkeit, auf dem telegraphischen Wege zu danken. Während der Vorlesung dieser Depeschen durch den Vorsitzenden Herrn Sudhoff hatten sich die anwesenden Theilnehmer erhoben und applaudirt.

Am Mittwoch d. 20. 9. hielt zunächst Pagel (Berlin) seinen Vortrag über die physicalisch-dätetische Therapie des Galen, wobei er hauptsächlich den bezüglichen Inhalt der θεραπευτική μέθοδος (K. X) seinen Ausführungen zu Grunde legte. An stelle des am Erscheinen verhinderten Herrn Dr. Fuchs (Dresden) verlas sodann der Schriftführer Hr. Feldmann das eingesandte Manuscript des Vortrages: »Anecdota aus byzantinischer Zeit" (Discussion: Pagel u. v. Töply). Zuletzt erhielt das Wort v. Töply (Wien) zu seinem Vortrage »über die ältesten anatomischen Abbildungen", der, von zahlreichen Demonstrationen begleitet, dadurch ein besonderes Interesse erregte, dass v. Töply unter beträchtlichen materiellen Opfern ein z. Th. noch gänzlich unbekanntes Material zur Stelle gebracht hatte. Dem grossen Werth der v. Töply'schen Mittheilungen und Demonstrationen zollte unter Beifall der Versammlung Geh. Rath Stieda in beredten Worten dankende Anerkennung. Noch interessanter gestalteten sich die am folgenden Tage nach einem Vortrage Sudhoff's über Lorenz Fries an die Reihe gelangenden Ausführungen und Demonstrationen des bekannten Archäologen Hrn. Privatdocenten Körte (Bonn), der über die Resultate seiner zusammen mit Dörpfeld veranstalteten Ausgrabungen, speciell über die attischen Heilgötter und ihre Kultstätten berichtete. [Vrgl. diese Zeitschr. p. 178]. U. a. demonstrirte er zwei bei Veji vor Kurzem gefundene, wahrscheinlich aus der Zeit von 400 v. Chr. herrührende Stücke Terracotta, die, wie G. R. Stieda erläuternd bemerkte, offenbar im Relief den Situs viscerum eines Mannes darstellten. Diesem Vortrage wohnte kurze Zeit auch Virchow bei. An der Discussion betheiligte sich besonders v. Oefele. Die letzten Vorträge des Tages und damit auch der ganzen Section hielten Prof. Helfreich (Würzburg) über die mittelhochdeutschen Arzneibücher und Sudhoff über den Paracelsisten Georg Fedro von Rodach und den niederrheinischen Aerztestreit. Bemerkt sei noch, dass den Mitgliedern der Section eine kostbare, von Sudhoff angeregte und redigirte 300 Seiten Lex. — 8^{0}. starke Festschrift der wissenschaftlichen

Vereine Düsseldorfs eingehändigt wurde, aus deren reichem Inhalt für die Historiker der Medicin besonders die Beiträge von Sudhoff, Schimmelbusch u. A. zur Geschichte der Medicin, Chemie, sowie der übrigen Naturwissenschaften und zur Geschichte der ehemaligen Universität Duisburg eine willkommene Gabe bilden. — Wir gaben einstweilen nur ein kurzes Resumé der Verhandlungen. Auf den Inhalt einzelner Vorträge hoffen wir genauer später zurückkommen zu koennen.

Der Vortrag von Spät (Ansbach) erscheint in extenso in der Münchener Mediz. Wochenschrift, welche in n⁰. 46 und 47 ein kurzes Protokoll der Sitzungen veröffentlicht hat. Der Fuchs'sche Vortrag ist in der »Deutschen Medizinischen Wochenschrift" (Berlin) erschienen. P.

HELFREICH, *Mittelalterliche deutsche Arzneibücher.*

Wir besitzen dieser Arzneibücher eine grosse Zahl aus der letzten Hälfte des Mittelalters (12.—15. Jahrhundert); die meisten stammen aus dem mitteldeutschen Sprachgebiete. Untereinander weisen sie weitgehende Uebereinstimmung auf, auch ist bei vielen die Benutzung bestimmter Vorbilder, des sog. Meister Bartholomaeus, des Macer etc. nicht zn verkennen.

Helfreich hat hauptsächlich 5 dieser Arzneibücher bearbeitet: den Cod. 58 der Wasserkirch-Bibliothek in Zürich (altalamannisch, 12. saec.), das Tegernseer Arzneibuch, jetzt Cod. germ. 92 der H. u. Sts.-Bibl. in München (bayerisch-oesterreichisch, 13. saec.), die »dudesche arstedie" im Gothaer Cod. 980 (mittelniederdeutsch, 14. saec.), das Utrechter Arzneibuch auf der dortigen Univ.-Bibliothek (desgl. mittelniederdeutsch) und endlich den Ortolff von Bayerlandt, Cod. germ. 724 der Hof- und Staatsbibliothek in München (15. Jahrhundert).

Die sprachgeschichtliche Bedeutung dieser Arzneibücher ist von germanistischer Seite unbestritten; nicht geringer ist ihr kultur-historischer und speciell ihr medicinisch-geschichtlicher Werth. Helfreich ist nicht der von anderer Seite geäusserten Ansicht, dass sie mehr für Laien als für Aerzte bestimmt gewesen seien; dagegen spricht ihre ganze Fassung, besonders in den chirurgischen und geburtshilflich-gynäkologischen Abschnitten, und was sie an Pflanzen-Kenntniss, an pharmaceutisch-technischen Kentnissen und Fertigkeiten in der Arzneibereitung voraussetzen, schliesst diese Annahme völlig aus. Sie mögen wohl beim medicinischen Unterricht in den Klosterschulen, den Vorläufern der Universitäten, gebraucht worden sein. Ihre grösste Bedeutung beruht darauf, dass sie uns einen sichern Massstab geben für die Entwickelung unserer germanischen Medicin im ausgehenden Mittelalter aus der Mischung einer einheimischen Volksmedicin mit mannigfachem Aberglauben und einer reich ausgestatteten Dreckapotheke und andererseits einer aus dem klassischen Alterthum überlieferten Schulmedizin durch Vermittelung der Salernitaner Schule, aus deren Hauptwerken, z. B. dem Roger, sich beispielsweise direkte Entlehnungen in der »dudeschen arstedie" nachweisen lassen. Die in letzterem Werke genannten pflanzlichen Droguen und viele complicirte Arzneibereitungsvorschriften weisen gleichfalls direct auf die Schola Salernitana. Wir häben also in unseren mittelalterlichen Arzneibüchern das Ende germanischer Volksarzneikunde und den Beginn einer wissenschaftlichen germanischen Medicin.

Dr. R. Fuchs, *Anecdota aus byzantinischer Zeit.*

Zur Begründung seines Wunsches, dass die *gelehrten Gesellschaften* die Historiker bei der *Herausgabe medicinischer Klassiker und sonstigen Geschichtlichen Textmateriales* unterstützen möchten, da die Verleger Deutschlands, Frankreichs und Englands in dieser Hinsicht unzugänglich sind, führt Fuchs den Inhalt eines einzigen Sammelcodex, des cod. Paris. graec. 2324 saec. XVI., vor. Es werden nach Angabe des bereits veröffentlichten, wenig umfänglichen Materials chronologisch und inhaltlich untersucht: der Titel der Handschrift (Iatrosophium Hippocratis, Galeni, Magni et Erasistrati); ein anonymer Urintractat aus späterer byzantinischer Zeit, im wesentlichen nach Galenos; eine vollständigere und bessere Recension von Galeni »de pulsibus ad Antonium disciplinae studiosum ac philosophyum" als die bei Kühn (XIX, 629 ff.) abgedruckte; diaetetische Abschnitte über Ferkelfleisch und Fische; abergläubische Recepte von Seehundskörpertheilen; eine anonyme pflanzliche Diaetetik; ein Aufsatz über den Aderlass nach Galenos; eine Anzahl byzantinischer Recepte, grossentheils Redactionen alter Verordnungen, z. B. der Hiera, der Hygra, des Theriak, verschiedener pastilli (τροχίσκοι). Mitgetheilt wird in Text und Uebersetzung ein Pflaster für Milzleiden, ein anderes Milzmittel, ein Mittel gegen Angina. Die Schrift eines unbekannten Methodikers aus dem 1. oder 2. Jahrhundert n. Chr., »diagnosis de acutis et tardis morbis", wird als solche nachgewiesen und dabei ganz besonders der Wunsch wiederholt, dass die Drucklegung zum mindesten dieses einen unverhofft wiedererlangten alten Autors durch die zur Förderung der geschichtlichen Forschung in erster Linie berufenen gelehrten Gesellschaften ermöglicht werde. Sudhoff.

VARIÉTÉ.

»Litteraturitis: *La maladie de la France moderne.* Mr. Charles Bastide est né avec une âme tendre, judicieuse et surtout inventive. Pour lui l'abomination de la désolation dont la *France »fin de siècle"* souffre plus qu' aucune autre nation, c'est à sa littérature qu'elle le doit. Celle-ci gangrène tout, depuis l'enfant en rupture de biberon, jusqu' au vieillard dodelinant sa cîme argentée; tout se détériore en ce pays, tout se corrompt, tout se pourrit par la littérature! Horreur et foin des lettres!

Un mot cependant à ce farouche puritain. Si la France étale aux yeux des pudiques étrangers une licence littéraire qui les choque, qui les fait rougir parfois justement; que ce delicat ait donc la franchise et l'honnêteté de regarder également ailleurs: en Belgique, en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Italie etc. etc.; qu'il cherche à voir surtout, et il n'aura pas de peine à trouver les mêmes foyers de pestilence et de sentine souvent bien autrement avancés que ceux qui ont ému ses sens et les lys immaculés de son tendre coeur. On peut et doit toujours se détourner devant une ordure; mais faire de celle-ci un signe de diagnostic spécial et une maladie particulière à un grand peuple qui a enrichi et continue à enrichir le monde entier par ses oeuvres de l'esprit, c'est de l'aberration et en se confinant avec trop de complaisance dans ces choses malpropres, on developpe certains troubles cérébraux dont nous connaissons tous l'ultime évolution; que ce farouche censeur y prenne garde. M. C.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. HISTOIRE DE LA MEDECINE.

ALLEMAGNE.

EDUARD SCHUBERT und KARL SUDHOFF. *Paracelsus-Forschungen*, Erstes Heft. Frankfurt a/M. 1887. VI 89 pp. 8⁰.

Dieselben. *Paracelsus-Forschungen.* Zweites Heft. ibid. 1889. VI. 181 pp. 8⁰. Mit drei Tafeln in Lichtdruck.

KARL SUDHOFF. *Versuch einer Kritik der Echtheit der Paracelsischen Schriften.* Th. I. *Die unter Hohenheims Namen erschienenen Druckschriften.* Berlin 1894. G. Reimer VI. 722 pp. gr. 8⁰.

Derselbe. Th. II. *Paracelsische Handschriften I. Hälfte.* Bogen 1—27. 432 pp. gr. 8⁰.

Sudhoff's Lebensaufgabe, der er nunmehr seit bald zwei Jahrzehnten unter unsäglichen Opfern an Zeit und Mühe, aber auch mit reichen, ungeahnten und zu weiteren Hoffnungen berechtigenden Ergebnissen obliegt, bildet beinahe ein ebenso kühnes himmelanstürmendes Wagniss, wie mutatis mutandis dasjenige seines Helden war, als dieser es unternahm, Galen's Lehrgebäude in der inneren Medicin zu stürzen. Wer kennt nicht die fast unübersehbare, ohne Übertreibung thurmhoch aufgespeicherte Litteratur über Paracelsus? Wer weiss nicht, welch ein Problem gerade die Gestalt des Paracelsus hinsichtlich ihrer litterar-historischen Würdigung bildet? Wem sind die ungeheuren Gegensätze entgangen, welche unter den Autoren bei der Beurtheilung des Paracelsus Platz gegriffen haben, die unendlichen Schwierigkeiten, die sich bei dem Versuch, die »Paracelsusfrage" zu beantworten, die zahlreichen Streitigkeiten bezüglich einzelner Daten aus seinem Leben und Wirken zu schlichten, in förmlich unüberwindlich erscheinendem Maasse entgegenstellen? Sicherlich ist die Thatsache, dass wirkliche, von kritisch-historischem Standpunkte ernst zu nehmende Versuche, Paracelsus an der Quelle zu studiren, verhältnissmässig nur spärlich unter der grossen vasten Paracelsus-Litteratur vertreten sind, darauf zurückzuführen, dass die meisten Autoren diese Aufgabe als eine der allerschwierigsten erkannt haben und in dieser Erkenntniss vor diesem Montblanc der geschichtlichen Forschung einfach zurürkgeschreckt sind. Die wenigen, die den Versuch zur Besteigung unternommen haben, sind beim Anfang schon gestrauchelt; man übertreibt nicht, wenn man sagt, diese Versuche sind kläglich gescheitert und in den Resultaten ganz dürftig abgelaufen. Der Heros, der zunächst einem kühnen Ingenieur gleich, in einem unwirthlichen Gebiete Bahn brach und alle gleichsam technischen Hülfsmittel so geschickt vorbereitete, dass

die Lösung seiner Aufgabe als reife Frucht in den Schooss fallen wird und muss, ist kein Geringerer, als unser verehrter Freund und Mitarbeiter Karl Sudhoff, auf den unsere Wissenschaft, nicht zum wenigsten gerade die deutsche, ob dieser Riesenleistung alle Ursache hat mit gerechtem Stolz zu blicken. Und das gerade jetzt, wo nach mehrjähriger, intensivster Arbeit, die sich in Worten nicht schildern lässt, zum epochemachenden Theil I seiner Paracelsus-Bibliographie, sich Th. II, der die Handschriften bringt, gesellt. Um diesen Theil II haben wir nicht wenig gebangt. Wir waren besorgt gewesen, es möchte sein Erscheinen aus inneren und äusseren Gründen in Frage gestellt sein, und freuen uns, nunmehr zu erfahren, dass unsere Besorgniss nicht nur ob Th. II unbegründet, sondern auch Hoffnung vorhanden ist, in absehbarer Zeit Th. III, die Biographie Hohenheims und als Krönung des ganzen Gebäudes die unbedingt erforderliche authentische Paracelsus-Ausgabe zur Publication gelangen zu sehen. Indem wir den unermüdlichen Verf. zu seinen bisherigen Erfolgen beglückwünschen, hegen wir die Zuversicht, dass weder er noch sein liberaler Verleger in ihrem Enthusiasmus für ihr ideales Werk erlahmen. Sie werden damit etwas geschaffen haben, was nicht nur als bahnbrechend, sondern auch als Jahrhunderte überdauernd und Unsterblichkeit sichernd bezeichnet werden kann. Freilich, weil dem so ist, haben wir um so dringender zu betonen, dass doppelte Hülfe noth thut; die *äussere*, durch anerkennende Auszeichnung des Verfassers, von höherer Stelle, den unter ihren ordentlichen Lehrern resp. Mitgliedern zu zählen, eine Facultät oder eine Akademie sich zur Ehre anrechnen dürfte; die innere, *durch Bewilligung der erforderlichen Geldmittel, damit das Werk recht schleunig unter Dach und Fach gebracht und nicht vielleicht doch noch in letzter Stunde gefährdet werde. Möge Jeder, dem diese Zeilen zu Gesicht kommen, mit seiner Person nach Kräften für die Erfüllung dieser Desiderate eintreten und damit auch seinerseits wenigstens etwas zur endlichen Erledigung einer Angelegenheit beitragen, die Herzenssache jedes höher gebildeten Deutschen sein sollte.* Mit diesem frommen Wunsche will Referent die Anzeige des Sudhoffschen Werks schliessen. Auf den Inhalt ebenso auf die eigentliche Geschichte der Paracelsusfrage einzugehen, dürfte umsomehr überflüssig sein, als einerseits das authentische Studium von Sudhoff's Arbeiten unentbehrlich, andererseits die springenden Punkte der Frage selbst bereits an vielen Orten zur Genüge beleuchtet und sicher keinem der Leser unbekannt sind.

Pagel.

S. Herrlich, *Epidaurus, eine antike Heilstätte. (Wissenschaftliche Beilage zum Jahresbericht des Humboldts-Gymnasiums zu Berlin-Ostern* 1898.) R. Gaertner's Verlagsbuchhandlung. 32 pp.

Die auf Veranlassung der ἀρχαιολογικὴ ἑταιρία zu Athen vorgenommenen Ausgrabungen (1881—87 und 1891 bis zur Gegenwart) haben unter anderen reichen und hochwichtigen Ergebnissen auch zur Wiederaufdeckung des Hieron von Epidaurus geführt. Unter den bei dieser Gelegenheit gewonnenen und von *Kavvadias* (in den 1893 erschienenen »Fouilles d'Epidaure") mitgetheilten epigraphischen Funden sind die auf den Asklepiostempel und die zahlreichen Ἰάματα bezüglichen von der allergrössten Wichtigkeit. Aus den fast vollständig erhaltenen Inschriften erfahren wir über sehr interessante Heilungsberichte, um deren genauere Kenntniss

sich auch unsere Landsleute v. *Wilamowitz-Möllendorff, Diels* u. A. ein grosses Verdienst erworben haben. *Herrlich* erwähnt in seiner sehr dankenswerthen Abhandlung den Fall einer fünfjährigen Schwangerschaft, ferner einen Fall von verschluckten Blutegeln, verschiedene äussere Krankheiten, einseitige und doppelseitige Blindheit, Lähmungen, Geschwüre, Bandwurm, Steinleiden, Verwundungen. Vereinzelt kommen vor Fälle von Wassersucht, Magenleiden, Kopfweh, Schwindsucht, Flecken oder Brandmale (στίγματα) auf der Stirn und Sprachlosigkeit etc. etc. Alle diese Leiden sind angeblich im Asklepiostempel (meist auf dem Wege der Suggestionswirkung, aber auch durch pharmaceutische und andere Mittel) geheilt und von den Patienten zum Dank dafür die entsprechenden Votivtafeln (πίνακες) gestiftet worden. P . . . l.

P. Vattier's lateinische Uebersetzung des Abschnitts über Geisteskrankheiten in Avicenna's Canon medicinae. Von Professor A. Bumm in München. (Separatabdr. aus der Münchener Med. Wochenschr. No. 20. 1898.)

Verf. macht auf ein nicht allgemein bekanntes Werkchen aufmerksam, das eine bibliogr. Rarität zur Zeit darstellt, nämlich auf Vattier's »de morbis mentis tractatus", der nichts weiter enthält als einen Auszug aus l. III und IV des Canon von Avicenna.

Die von B. gelieferte Analyse ist in doppelter Beziehung erfreulich, einmal weil sie zeigt, dass auch von hervorragenden fachmännischen Vertretern der med. Praxis der Werth des med. Geschichtsstudiums anerkannt wird und zweitens weil damit ein neuer Beweis für die alte Thatsache geliefert wird, dass das Studium der älteren Medicin noch eine reiche Ausbeute in practisch-therapeutischer Beziehung verspricht. Von unserer Geschichte gilt mehr als von jeder anderen Disciplin das Göthe'sche Wort: Greift nur hinein ins volle Menschenleben; wo ihr's anpackt, da ist es interessant. P . . . l.

Dietrich *(Merseburg), Geschichtliche Entwickelung der Krankenpflege.* Bd. I Abth. I aus *Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege* von Drr. Georg Liebe, Paul Jacobsohn, George Meyer. Berlin 1898. A. Hirschwald. 182 pp. 8⁰.

Wir verfehlen nicht, an dieser Stelle unsere Collegen auf Dietrichs gediegene Abhandlung aufmerksam zu machen, die bei aller Gedrängtheit der Darstellung recht gründlich und unter Benutzung eines reichen Materials die Krankenpflege vom historisch-genetischen Standpunkte beleuchtet. Seit Haeser's bekannter »Geschichte der christlichen Krankenpflege" wohl das eingehendste und beste Buch auf diesem Gebiete. Pl.

P. Heymann (Berlin.) *Die katarrhalische Erkrankung des Kehlkopfs und der Luftröhre* (Sonderabdr. aus dem Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausg. von P. Heymann, Wien 1898 Hölder p. 1093-1108).

Ist reich an historischen Notizen zur Geschichte des Katarrhs und des Erkältungsbegriffs. — Das fragliche Citat aus Galen Comm. III in Hippocratis Aphorism. nach Buxbaum ist jedenfalls nicht der Kühn'schen Ausgabe, sondern einer anderen bezw. einer Epitome entlehnt. Pl.

A. M. Berger. *Der von Michel Angelo Buonarroti eigenhaendig geschriebene Angentractat* (XVI Jahrh.) München 1897. 23 Seiten.

Der berühmte Dichter, Bildhauer, Architect und Maler war kein Arzt. Wohl aber war er in seinen letzten Lebensjahren augenleidend. Ob er nun von verschiedenen Aerzten Augenrecepte gesammelt hat oder sich ad usum proprium von einer älteren Sammlung abgeschrieben, vielleicht aus Petrus Hispanus oder den Quellen des Petrus Hispanus, lässt sich nicht entscheiden. Daher müssen wir die Herausgabe dieses italienischen Textes als Tractat für sich im Umfange von fünf Seiten und die Deutung ungewöhnlicher Wörter, besonders aber von Drogenbezeichnungen mit Freuden begrüssen.

Oefele.

I. Zabludowski, *Bemerkungen zur Massagetherapie in der Chirurgie.* (Sammlung klinischer Vorträge begründet von Richard von Volkmann, Neue Folge, herausg. von E. v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz von Winckel, No. 209, Leipz. 1898, 38 pp.)

Diese schön geschriebene Abhandlung des bekannten Berliner Massagetherapeuten und ehemaligen Kaiserl. russischen Stabsarztes hat insofern auch historisches Interesse, als sie mit einigen Worten sowohl der Methode des klinischen Unterrichts in diesem Zweig der Therapie wie auch der Wandlungen gedenkt, welche die Massage in Theorie und Praxis in der Neuzeit bezw. in der Gegenwart erfahren hat.

Pgl.

Zeitschrift für diätetische und physicalische Therapie. Herausgegeben von Althaus (London), Brieger (Berlin) .... Redigirt von E. v. Leyden und A. Goldscheider in Berlin — Erster Band. — Erstes Heft. — Leipzig 1898. Georg Thieme 96 p.p.

Die diätetisch-physicalische Therapie ist, wie Referent bereits an anderer Stelle hervorzuheben Gelegenheit hatte, kein Product der Neuzeit, sondern ebenso uralt, wie alle übrigen therapeutischen Methoden. Dass gerade die pharmaceutischen Mittel in der ärztlichen Praxis eine hervorragende Stellung schon früh gewonnen und bis in unsere Tage hinein behauptet haben, liegt in mannigfachen Verhältnissen, deren Beleuchtung hier nicht der Ort ist. Die Schuld für die Zurückdrängung der übrigen Maasnahmen tragen nicht die Aerzte in erster Linie, sondern mehr die früheren Culturverhältnisse und das hülfesuchende Publicum. Ref. geht nicht zu weit mit der Behauptung, dass dasselbe Moment, das ein Characteristicum der alten Cultur und zugleich die Hauptursache zu deren Untergang bildete, nämlich der relative Mangel bezw. der Stillstand in naturwissenschaftlich-technischer Erkenntniss, auch die Ursache für das Zurücktreten der physicalischen Hülfsmittel am Krankbettte bildet. Dem grossen Mittelstande in der Bevölkerung fehlte es (vielleicht abgesehen von den Bädern) an der Möglichkeit der Durchführung einer planmassigen methodischen Therapie mit den genannten Agentien. Das hat sich in der Neuzeit wesentlich geändert wenigstens insoweit, als die gegenwärtigen technischen Errungenschaften die genannten Methoden auch relativ ärmeren Kreisen und Schichten der Bevölkerung allgemein zugänglich, vor allem weniger kostspielig machen. Damit ist dann die Basis zu dem erneuten klinisch

wissenschaftlichen Aufschwung dieser Therapie gegeben, den wir der Aegide von v. Leyden und dessen Schule unbedingt verdanken. v. Leyden hat nach Publication seines in rüstigem Fortgang begriffenen grossen Handbuchs der diätetischen Therapie nicht gerastet, bis die oben bezeichnete Zeitschrift ins Leben gerufen war, der wir darum nicht anstehen, eine eminente historische Bedeutung zu vindiciren. Die bisher vorliegende Lieferung 1 enthält zugleich einen bedeutungsvollen Aufsatz von *Winternitz*: »Vierzig Jahre Hydrotherapie", auf den ein Hinweis an dieser Stelle gerade vom historischen Standpunkte keiner weiteren Rechtfertigung bedarf. PGL.

AMÉRIQUE.

La pratique de la médecine dans les nouvelles colonies anglaises. Memoire présenté à la societé médicale de l'Université de Pennsylvanie le 21 Octobre 1897, par Mr. le Dr. FRANCIS R. PACKARD, de Philadelphie.

Il existe peu de documents pouvant servir à éclairer les recherches des médecins qui voudraient se rendre compte de la médecine au début de l'occupation anglaise.

On trouve cependant quelques rapports où sont relatés des observations de médecins et de chirurgiens d'armée accompagnant des expéditions. Ainsi en mars 1629, un certain John Pratt était désigné par »the Court of Assistants, de Londres, comme chirurgien de la »Salem Plantation" avec 40 £ d'appointements, pour la 1ère année. C'est tout ce que l'on sait du pauvre Pratt, à part sa mort malheureuse par naufrage en 1645, dont parle le Gouverneur Winthrop dans son histoire de la Nouvelle Angleterre. D'après ce recit, Pratt, s'était embarqué en 1645 pour l'Espagne sur un vaisseau construit et commandé par Thomas Hawkins de Boston. En vue des côtes espagnoles le vaisseau se heurta à un rocher et fut englouti dans les flots.

Winthrop dit de ce médecin, qu'il n'avait que 60 ans et était très expert dans son art; qu'il vivait dans la Nouvelle Angleterre depuis nombre d'années et était de la première église de Cambridge, du temps de Mr. Hooker; qu'il avait une bonne clientèle et ne manquait de rien. Mais cependant il n'était pas satisfait de son emploi qui ne lui rapportait pas assez et lui faisait craindre le besoin pour ses vieux jours.

En Avril 1629 le »gouverneur et la Cie." Massachusetts Bay in New-England" par une circulaire adressée à John Endicott le chef des colons de Salem, l'informait qu'il avait désigné Lambert Wilson comme chirurgien pour les colons et aussi pour les tribus indiennes du voisinage, et l'engageait fortement à instruire quelques jeunes gens de la colonie dans la pratique de la médecine.

Il existe un recueil de prescriptions ou formules qui aurait été fourni à John Winthrop, gouverneur de la colonie de Massachusetts Bay, par le Dr. Ed. Stafford de Londres pour le traitement des maladies variées pouvant affecter les colons. Le Dr. Francis R. Packard, auteur du travail dont nous donnons un aperçu a transcrit quelques unes de ces formules, qui existent dans les »Transactions of the Massachusetts Historical Society". Pour la fièvre jaune, y est-il dit, faire bouillir un quart de lait, y faire dissoudre beaucoup de sel gris, ou de salpêtre, qui donnera un goût saumâtre au mélange; puis mettant du safran dans un fin linge de toile, le

placer dans le lait et l'y dissoudre jusqu'à ce que le lait soit devenu très jaune, et faire boire cela au patient.

Rappelons la fameuse poudre noire »Black powder" contre la peste, la variole, la rougeole, l'érysipele et toutes sortes de fièvres et d'empoisonnements. C'est un assemblage bizarre d'objets les plus disparates. On prenait des crapauds pour les enfouir vivants dans un pot de faïence; on les recouvrait d'un plat en fer, puis avec du charbon placé dessus et alentour on les faisait cuire longuement sur le feu jusqu'à complète dessication. Quand tout était refroidi on sortait les crapauds, et dans un mortier de fer on les pulverisait et les faisait calciner de nouveau. La poudre ainsi obtenue est brune, le lendemain elle est devenue noire. De cette poudre on doit prendre un dragme dans une boisson et laisser suer les malades dans leur lit, sans leur couvrir la tête, surtout dans la variole . . . etc. . . .

Cette même poudre est encore employée mélangée au vinaigre dans la gangrène, ou dans les morsures d'animaux venimeux; dans les cancers, fistules, vieux ulcères et autres mauvais maux.

La prescription suivante appartient encore au même formulaire. Dans l'épilepsie, se purger d'abord avec de l'extrait d'ellebore, et au lieu de l'herbe de St. Jean, user du pentaphyllon, ou Cinq feuilles des prés et Dieu guérira!

La liste contient aussi des recettes pour les fractures et les luxations.

Le fameux bol d'Arménie sert à faire un emplâtre pour les membres blessés; ses propriétés astringentes trouvent aussi leur emploi judicieux.

Sign: Ed. Stafford, Londres, 6 Mai 1643.

Les colons virent arriver avec plaisir les vaisseaux qui leur amenaient des médecins.

Winthrop dit qu'en l'année 1644, un des diacres de l'église de Boston, Jacob Eliott, avait une fille de 8 ans, qui jouait avec ses petites compagnes sur un tombereau; le fond de celui-ci étant tombé sur la tête de l'enfant enfonca une partie du crâne dans le cerveau en faisant jaillir celui-ci. Les médecins appelés déclarèrent le cas désespéré, à l'exception d'un seul, vieillard distingué, faisant partie de l'église et chirurgien très expérimenté; il ne partagea pas cette désespérance, et appliqua aussitôt sur la partie blessée un seul pansement, puis récita des prières. Six semaines après l'enfant était guerie!

Un autre fait est également noté par Winthrop. Un certain Bumstead, membre du consistoire avait un enfant à peu près du même âge que le précédent, qui en tombant de la galerie de l'église, élevée d'environ 18 pieds se brisa le bras et l'épaule, et comme dans le 1er cas des prières suffirent pour obtenir la guérison.

La 1ère apparition de la syphilis dans les colonies est si curieuse que Mr. le Dr. Packard, l'auteur de ce travail, en a pris le mot à mot dans le texte laissé par John Winthrop.

C'était en l'année 1646. Il y eut alors à Boston une maladie scandaleuse qui sévit sur la ville et les alentours. Un habitant, qui avait été tonnelier à bord d'un vaisseau, infecta à son retour sa femme du mal vénérien qui se montra ainsi pour la premère fois. La femme venait d'accoucher; la sage femme avait trouvé l'enfant en parfait état; mais à la suite de la délivrance elle eut un engorgement du sein. Quelques

voisines qui la fréquentaient la tèterent, et d'autres la firent sucer par leurs enfants, bref, la contagion, atteignit bientot seize personnes hommes femmes et enfants. Et le mal ne fit que s'accroitre.

Cependant, un jeune chirurgien des Indes, arriva dans le pays; il connaissait cette maladie Aidé par le gouverneur, il parvint à guérir tous ces malheureux en peu de temps. L'enquête à laquelle il fut procédé montra que la plupart des malades buvaient et mangeaient ensemble et logeaient dans des lits ou ceux qui étaient infectés, dormaient ou s'étaient couchés; d'autres avaient eu entre eux des rapports sexuels etc. Il serait très difficile d'affirmer comment la maladie était venue pour la première fois. Les magistrats examinèrent le mari et la femme mais ne trouvèrent rien en eux de deshonnête, et ils ne purent se rendre compte comment ils avaient contracté la maladie. Ils conclurent que la femme avait été contaminée par une mixture de substances subtiles d'hommes et de femmes se fixant sur son sein!!! Cependant, ajoutèrent-ils, la question doit-être tranchée par les médecins.

Le Juge Sewall dans ses annales raconte un cas dans lequel la prière semble avoir été mal à propos la cause d'une maladie. Il s'agit là encore de pratiques superstitieuses et suggestives si fréquemment répétées depuis, entre autre celle qui est rapportée le 20 7bre 1690; c'est une véritable séance de charlatanisme.

La mortalité des premiers colons de la nouvelle Angleterre était effrayante; ils mouraient comme des moutons.

La colonie de Plymouth au 28 Decembre 1620 compte 102 colons qui étaient débarqués du Mayflower, et pendant les mois de janvier et de février qui suivirent, les morts s'élevèrent en moyenne à deux et trois par jour. D'après Winterbotham les maladies de ce pays sont les suivantes: diarrhée, feu de St. Antoine, asthme, atrophie, catarrhe, coliques, affections inflammatoires, fièvres nerveuses et autres, phthisie pulmonaire, angine et rhumatisme. La femme du président John Adams dans une de ses lettres familières a laissé une description de l'épidémie de dyssenterie à Braintree en l'année 1775 où elle perdit nombre de parents et d'amis.

L'épidémie qui a le plus effrayé fut celle de la variole; Mr. le Dr. Thomas Thacher en a laissé une relation (1677). En Avril 1721, Lady Mary Wortley Montague étant retournée de Turquie en Angleterre, y introduisit les pratiques des inoculations pour la variole qu'elle avait vu appliquer chez ce peuple. Peu après le réverend docteur Cotton Mather, de Boston, dans les »Philosophical transactions« lut à la société de Londres un travail sur l'inoculation, écrit par deux italiens Pylarini et Timoni. Le 27 juin 1721 deux mois après l'introduction de la vaccination en Angleterre, le Dr. Boylston inocule son fils unique agé de 13 ans et deux nègres ses serviteurs. Le résultat fut positif et le succès suivit cette tentative hardie; mais il y eut un torrent d'abus qui empêcha longtemps la diffusion de cette admirable méthode.

Hutchinson dans son »histoire de Massachusetts", dit qu'en l'année 1721 et dans la première partie de 1722, le Dr. Boylston inocula 247 personnes et 39 le furent par d'autres à Boston et dans les environs. Il n'y eut que six morts, encore l'infection semble-t-elle être développée en dehors de l'inoculation. A la même période il y eut 5759 personnes atteintes de variole qui n'avaient pas été vaccinées; 844 moururent, les autres furent

des plus affaiblies et affreusement défigurées. Quelques médecins créèrent des hopitaux privés pour l'inoculation; il y en avait deux dans le voisinage de Boston, un à Point Shirley, dirigé par le Dr. William Barnett de New-Jersey; l'autre à Castle William, à Boston Harbor à la tête duquel se trouvait le Dr. Samuel Gelston de Nantucket.

Dans son amusant petit livre »Coutumes et usages dans la vieille nouvelle Angleterre« Alice Morse Earle parle de ces deux établissements. Le »Connecticut Courant" du 30 9[bre] 1767, dit que le Dr. Uriah Rogers de Norwalk County of Fairfield fit un grand nombre d'inoculations avec succès, et fut imité dans les autres pays.

On est heureux de savoir que le dévoûment du Dr. Boylston reçut sa récompense. Il fut invité à Londres par l'éminent Sir Hans Sloane, alors médecin de la famille royale, pour inoculer la princesse Caroline. Ce fut le premier Américain élu membre de la Société Royale. Il publia, sur la demande de cette docte compagnie, un travail sur sa méthode d'inoculation, puis il retourna à Boston où il vécut jusqu'à l'âge de 81 ans en pleine possession de toutes ses facultés.

Docteur MILLOT-CARPENTIER.

AUTRICHE.

ROBERT RITTER VON TÖPLY (Wien), *K. K. Gardearzt u. Privatdocent der Geschichte der Med. a. d. Univ. Studien zur Geschichte der Anatomie im Mittelalter.* Leipzig und Wien 1898 (Deuticke). VII. 121 pp. gr. 8.

Die Habilitationsschrift unseres hochverehrten Kollegen und Mitarbeiters füllt eine wirkliche Lücke in der historischen Litteratur aus. Gehört schon an sich gerade die Geschichte des Heilkunde im Mittelalter zu den bestvernachlässigten Gebieten, so ist das vollends für die Anatomie der mittelalterlichen Periode der Fall. Und doch zeigen gerade die von v. Töply gewonnenen Ergebnisse, wie unrecht man dem Mittelalter mit der präjudicirlichen Aussichts- und Hoffnungslosigkeit hinsichtlich des eigentlichen pragmatischen Zuwachses thut. Es ist thatsächlich nicht so schlimm mit der mittelalterlichen Medicin bestellt, wie manche annehmen, und von Töply hat das Verdienst, unsere Litteratur-Geschichte wieder einmal um einige Thatsachen reicher und um einige Legenden ärmer gemacht zu haben. Die Musterung, welche er mit den in Betracht komenden Autoren vorgenommen hat, ist eine sehr gründliche, *durchweg quellenmässige* und *sans phrase zuverlässige.* Das will viel sagen, wenn man bedenkt, wie ausserordentlich mühevoll gerade das Studium der mittelalterlichen Autoren ist, deren Schriften meist jetzt zu den libri rarissimi gehören und oft zeitraubende Sichtungen und Prüfungen in Bezug auf Authenticität und andere philologisch-historische Vorarbeiten auxiliärer Natur erfordern, bis man dazu übergehen kann, die Früchte der Lectüre selbst zu pflücken. V. Töply hat aber auch die Mühe nicht gescheut, eine fast unübersehbare Zahl von Einzelaufsätzen und Monographieen, soweit sie bis jetzt für manche Kapitel der mittelalterlichen med. Geschichte vorliegen, heranzuziehen und mit anerkennenswerther Treue und Vollständigkeit aufzuzählen.

Auch nach dieser Richtung hin imponirt uns seine ehrliche Arbeit. Aber auch in Bezug auf die Darstellung selbst, die edle und lapidäre Sprache, die geistreiche und den geübten Blick des echten Historikers bekundende Auffassungsweise, die kritischen Analysen im Einzelnen, die verschiedenen neuen Gesichtspunkte, die Correctur zahlreicher Irrthümer verdient v. Töply's Monographie das Prädicat einer klassischen. Für weitere Arbeiten zur Geschichte der Anatomie (und mittelalterlicher Medicin überhaupt) ist sie unentbehrlich und vom Range einer vollendeten Quellenschrift, à la Choulant. Vielleicht werden hier und da noch im Laufe der Zeit Ergänzungen auf Grund neuer, noch nicht aufgefundener Documente oder noch nicht verwertheter Litteraturproducte erforderlich werden, aber *das, was* v. Töply geboten hat, ist omnibus numeris absolutum. Auch die Ausstattung der Schrift ist eine sehr vornehme.

Pl.

J. K. Proksch. *Ueber Venen-Syphilis.* Bonn 1898. 107 pp. 8⁰.

Diese Schrift, obwohl streng genommen mehr von rein klinischem Interesse, verdient auch die Beachtung des Medicohistorikers, da gerade die Venen-Syphilis zu den am allerwenigsten gekannten luetischen Affectionen gehört, und vom Verf. einleitende Bemerkungen sowie eine kurze historische Skizze voraufgeschickt werden, die manches Neue, jedenfalls nur Quellenmässiges liefern. Es folgt eine imponirende Casuistik nach Publicationen von nicht weniger als 56 Autoren mit einer entsprechenden Zahl von Fällen und einer historisch-epikritischen Beleuchting der Pathologie und Therapie, sowie der hereditären Venen-Syphilis. Proksch zeigt sich auch in dieser Schrift als litterarhistorischer Meister und Quellenforscher ersten Ranges

Pl.

FRANCE.

Millot-Carpentier: *Nos Ancêtres, étude historique abrégée de la médecine depuis les temps les plus reculés jusqu'au commencement de ce siècle* (un vol. in-12 de 82 p. avec 22 portraits hors texte); Paris 1898, A. Maloine éditeur; prix 6 fr.

Dans la préface qu'il a écrite pour cet élégant petit volume, le Dr. J. V. Laborde, le physiologiste bien connu, nous présente l'auteur »un praticien des champs, voué au labeur professionnel accompli dans les plus défavorables conditions et qui trouve encore le temps d'être Journaliste, écrivain didactique et conférencier". Ce sont en effet des conférences faites en 1893 à la Société de médecine de l'Aisne qui ont fourni la matière du travail de notre confrère.

Comme l'indique son titre, le livre du Dr. Millot-Carpentier est plutôt une biographie des grands médecins et un exposé de leurs doctrines qu' une histoire proprement dite de la médecine.

La première conférence est consacrée aux origines de l'art médical, aux écoles d'Asie-Mineure et aux biographies d'Hippocrate, de Celse et de Galien; dans la deuxième, l'auteur expose l'histoire de la médecine arabe, des Ecoles de Salerne, de Bologne et de Paris; trois grands noms: Am-

broise Paré, Vésale et Jean Wier, remplissent à eux seuls la troisième conférence; la quatrième nous fait connaître Riolan, Renaudot, Hunter, Jenner, Harvey et l'histoire de la Faculté de Paris; Sylvius, Paracelse, Van Helmont, Sydenham et Morgagni, font le sujet de la cinqième conférence; enfin la sixième et dernière traite des origines de la clinique et des biographies de Levret, Corvisart, Laënnec et Dupuytren. Un album de 22 portraits, reproduits d'après d'anciennes gravures, termine le volume et nous fait connaître les traits des plus célèbres de *nos ancêtres.*

Dr. Ed. B.

Georges Irisson: *Biographie de Héliot Hardy apothicaire à Toulouse au commencement du XVIe siècle;* Toulouse 1898, broch. in-8^0, de 12 p.

Maître Héliot Hardy, tenait boutique d'apothicaire à Toulouse au commencement du XVIe siècle; il fut capitoul de cette ville de 1511 à 1512 et y mourut en 1520; ses affaires paraissent avoir été assez prospères à en juger par les maisons et par les terres qu'il possédait, soit à Toulouse, soit en dehors de la ville; outre les acquêts de maître Hardy, M. Irisson nous fait encore connaître ses alliances, son testament et, ce qui est surtout intéressant, les principales matières de son commerce; comme la plupart des apothicaires de son temps, maître Hardy ne se bornait pas à préparer et à vendre des médicaments, on trouvait en outre chez lui des épiceries variées (poivre, gingembre, girofles, noix muscades, etc.), du sucre, des dragées, de la cire, de l'alun, du salpêtre, du sel, du pastel, de la laine, du drap, du papier, des métaux (cuivre, étain, argent), enfin il vendait même, dans certaines circonstances, du blé et du vin et il prêtait de l'argent soit à des particuliers, soit à des communautés religieuses.

Dr. Ed. B.

Notice sur la vie et les oeuvres de Thibault Lespleigney par le Dr. Paul Dorveaux bibliothécaire de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Paris 1898 un vol. in 8^0 de 76 p.

Dans cette intéressante et consciencieuse étude, M. le Dr. Dorveaux remet en lumière une curieuse figure d'apothicaire du XVIe siècle depuis longtemps tombée dans l'oubli, celle de maître Thibault Lespleigney qui fut un érudit et un novateur à une époque où la pharmacie était à peine distincte de l'épicerie. Né à Vendôme en 1496, mais tenant officine à Tours où il mourut en 1567, Thibault Lespleigney on Lépleigney est le premier pharmacien français qui ait publié des traités didactiques à l'usage de ses confrères; de ses œuvres, toutes très rares et pour cette raison peu connues, trois intéressent plus particulièrement la thérapeutique et la matière médicale, nous allons les décrire sommairement d'après le travail de notre savant confrère.

Le premier livre publié par Lespleigney a pour titre: *Promptuaire des médecines simples en rithme joieuse avec les vertus et qualités d'icelles . . .* etc. *imprimé à Tours par Mathieu Chercelé,* 1537; c'est un petit in-8^0 gothique qui se trouve à la Bibliothèque Nationale de Paris; une seconde édition, peu différente de la première, parut à Paris chez Pierre Sergent en 1544. Le Promptuaire est une description, par ordre alphabétique, des substances animales, végétales et minérales employées comme médicaments et de leurs

propriétés curatives; mais, à cette partie purement didactique, l'auteur a souvent joint des renseignements sur les événements auxquels il s'est trouvé mêlé et sur les pays qu'il a visités. Tout l'ouvrage est rédigé en vers octosyllabiques, avec rimes masculines et féminines régulièrement alternées, ce qui n'était pas encore de règle rigoureuse; si l'inspiration poétique lui fait quelquefois défaut, en revanche Lespleigney ne manque jamais l'occasion de placer un bon calembourg ou une de ces plaisanteries fortement épicées que n'aurait pas désavouées maître François Rabelais, puis, venant aussitôt à résipiscence, il les fait suivre d'invocations à la Vierge, de citations de l'Ecriture-Sainte ou des Pères de l'Eglise et de pieuses digressions.

Il n'y avait pas six mois que le Promptuaire avait vu le jour, lorsque Lespleigney fit imprimer, de même à Tours et chez Mathieu Chercelé, un *Dispensarium medicinarum quibus vulgo utimur*... etc. 1538; c'est un in-12 gothique, donnant 142 formules de médicaments composés, classées par ordre alphabétique; ce petit livre, sorte de *Codex* rédigé en latin dans un format portatif, eut un immense succès auprès des apothicaires de l'époque et fut rapidement épuisé; Lespleigney en donna lui-même une nouvelle édition à Tours en 1542, mais d'autres réimpressions furent faites sans son consentement à Anvers (1539 et 1542), à Lyon (1539 et 1541), à Paris (1540 et 1543) et à Venise (1542); Lespleigney avait emprunté le titre et la forme de son livre à un *Receptaire* beaucoup plus ancien le *Dispensarium magistri Nicolai Præpositi ad aromatarios* et ce fut là l'origine d'une singulière méprise de Jean de Renou, Bayle, Guibourt et autres qui citent un Dispensarium, œuvre d'un certain Nicolas Prévost, médecin exerçant à Tours vers la fin du XVe siècle; en réalité, ce Nicolas Prévost n'a jamais existé et fait double emploi avec Nicolas, dit præpositus, il preposito, c'est à dire doyen de l'école de Salerne dans la première moitié du XIIe siècle et auteur du premier Dispensarium connu.

Le dernier travail de Lespleigney dont il nous reste à parler, est le *Traité du Boys de L'esquine* imprimé à Tours chez Jehan Rousset en 1545; cet opuscule de quelques pages n'a jamais été publié séparément et la première édition, aussi bien que les deux réimpressions faites à Lyon en 1552 et en 1574, terminent des Recueils médicaux dont la pièce capitale est généralement le *Traité de la composition des médicaments* de Galien. L'emploi de l'esquine ou squine (*radix Chinæ, Smilax China* L.), comme remède contre la syphilis, avait été indiqué en 1535 aux Portugais de Goa par des négociants chinois, c'était donc une drogue toute nouvelle au moment où Lespleigney publiait sa monographie; le Traité du Boys de l'esquine ayant été reproduit dans la notice du Dr. Dorveaux sur la vie et les œuvre de Lespleigney, nous y renvoyons le lecteur; notons cependant, d'après notre savant confrère, que la squine, radix Chinæ, a été quelquefois, par suite d'une similitude de nom, confondue avec le quinquina, lequel ne fut connu qu'un siècle plus tard.

Enfin, pour clore ce compte-rendu, nous annoncerons aux amateurs d'antiquités pharmaceutiques qu' une nouvelle édition du rarissime *Promptuaire*, l'œuvre capitale de Lespleigney, s'imprime en ce moment même par les soins et sous le contrôle de M. le Dr. Dorveaux.

Dr. Ed. B.

HOLLANDE.

M. Juda. *Het aandeel, dat de Nederlanders hebben gehad in de ontwikkeling der methode der staaroperatie. (Nederlandsche Oogheelkundige Bijdragen.)*

Gerard ten Haaff aus Rotterdam fand seinerzeit (1761) ein neues Staarmesser und eine neue Methode. Es ist ein Lappenschnit in der Cornea nach unten verlaufend: man sticht eine halbe Linie von der Sclerotica entfernt gerade gegenüber der Pupille ein, horizontal an der anderen Seite unter denselben Bedingungen aus parallel mit dem grössten Pupillendurchmesser. Man dreht die Schneide des Messers etwas nach auswärts und unten und macht einen Schnitt der die Form eines wachsenden Halbmondes hat.

Die Monographie von *G. J. Beer* (Wien 1802) wurde vom Dordrechter Chirurgen *F. G. van Ingen* in das niederdeutsche übersetzt.

Heinrich Omeyer aus Amsterdam gab 1777 eine neue Extractionsmethode heraus: $^2/_3$ der Höhe der Cornea wird mitten oberhalb der Pupille eingestochen, senkrecht nach unten gegangen und $^2/_3$ Linie von der Sclera ausgestochen. Dann schneidet man temporalwärts um eine schräge Schnittwunde zu erhalten, welche leichter heilt.

G. J. van Wij aus Amsterdam, sandte 1784 eine neue Extractionsmethode an die Akademie in Paris, welche mitteltst eines Schneppers geschieht, welchen *Juda* abbildet; später veröffentlichte *van Wij* ein anderes federndes Messer, nach Art des Messers, womit *Gram* aus Rotterdam (1801) operirte. Dieses ist auch abgebildet. Mit einigen Betrachtungen über Kataraktoperationen im Allgemeinen endet der Verfasser.

Pergens.

ITALIE.

Index des Ouvrages et des mémoires d'Histoire de la Médecine publiés en Italie dans les deux années 1897—1898.

Ex Academicarum Italicarum «*Actis*», necnon ex medicis Italiae ephemeridibus nonnulla Historiae Medicinae opera ac praesertim opuscula cognovi, quae, vel praeterito vel praesenti anno, edita sunt. Et eorum et duorum novorum operum titulos tantum huic indiculo committo, merita vero, proximo meo scripto, sigillatim me dicturum lubentissime spero. Titulis dictionem italicam servavi; opusculis quae ex typis, sive academicis, sive diurnis, excerpta sunt, usitatam vocem gallicam «*extrait*» apposui.

1. Gradenigo Pietro. — *La malattia che determinò la cecità di Galileo. Venezia* 1897—98; pp. 9 (Extrait des «*Atti del R. Istituto Veneto*»).

2. De Giovanni Achille. — *Una sentenza di Marcello Malpighi. Venezia* 1897—98; pp. 8 (Extrait des «*Atti del R. Istituto Veneto*»).

3. Teza E. — *Il «De Simplicibus» di B. Rinio nel Codice Marciano; Osservazioni. Venezia* 1897; pp. 12 (Extrait des «*Atti del R. Istituto Veneto*»). [1]

[1]) *Liber De Simplicibus Benedicti Rinii, medici et philosophi Veneti* [codex saec. XV].

4. Bellini Raffaello. — *Gli autografi dell' «Ecphrasis» di Fabio Colonna. Pisa* 1898; pp. 14 (Extrait du «*Nuovo Giornale Botanico Italiano*»). [2])
5. Comes Orazio. — *Il Tabacco: I. Sua scoperta, diffusione ed uso in America; Introduzione in Europa;* II. *Introduzione, diffusione ed uso in Africa. Napoli* 1897; pp. 126—pp. 75 (Extrait des «*Atti del R. Istituto d' Incoraggiamento*»).
6. Gabotto Ferdinando. — *Sulla condizione della Medicina pubblica e privata in Piemonte, prima del* 1500. *Torino* 1897; pp. 28 (Extrait de l' «*Archivio per le Scienze Mediche*»).
7. Morano Francesco. — *Nota sulla ricerca della patria di Giovanni Alfonso Borrelli. Napoli* 1897; pp. 4 (*Bullettino del Circolo Calabrese*).
8. *La statua di Morgagni a Forlì ed il suo busto a Bologna. Bologna* 1898; pp. 2 (Extrait du «*Bullettino delle Scienze Mediche*»).
9. *Bibliographia Medica Italica; Repertorio dei lavori di Medicina che si pubblicano in Italia, classificato secondo il sistema decimale; compilato dal Dr. Tullio Rossi-Doria e pubblicato nel giornale «Il Policlinico». Roma* 1897; fascicolo II, pp. 101; fascicole III, pp. 102.
10. Boriani Luigi. — *Introduzione alla Storia della Farmacia in Italia. Bologna* 1897; fascicolo I, pp. 236.
11. Giordano Davide. — *Compendio di Chirurgia Operatoria Italiana. Torino* 1898; pp. 97—144. [3])

Dabam Neapoli, a. d. X. Kalendas Augustas.

Modestinus Del Gaizo.

[2]) *Minus cognitarum plantarum stirpium aliquot ἔκφρασις. Romae* 1606.
[3]) *Primae partis hujus praeclari operis analysim bibliographicam dedi in „Janus"* (A. II).

Prof. Giuseppe Albertotti, *I codici Riccardiano, Parigino ed Ashurnhamiano dell' opera oftalmoiatrica di Benvenuto. Modena* 1897, p. 87. *Separatdruck aus den: Memorie della R. Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Modena Serie* III Vol. 1. pag. 3e segg.

Arbeiten pflegen sich in bestimmten Zeiten auf bestimmte Detailgebiete zu concentrieren. In dieser Weise ist jetzt die Geschichte der mediterranen Augenärzte und die Texte ihrer Werke an der Reihe. Die Leser des Janus erhielten von Privatdocent Dr. Pagel in Berlin als Beilage den lateinischen Text der Augenheilkunde des Südspaniers Salomo von Alcoatim aus Toledo. Dazu kommt die Herausgabe des Augentractates von Michel Angelo Buonarotti durch Hofrat Berger in München 1897 und obige Veröffentlichung. Albertotti hat auch schon früher die Litteratur der Geschichte der Augenheilkunde bereichert. 1) Lettere inedite di Domenico Anel, Modena. Rassegna di Scienze Mediche 1870. 2) Manoscritto Francese del secolo XVII riguardante l'uso degli occhiali, Modena, della Atti R. Accademia die Scienze, Lettere ed Arti, 1892. 3) Libellus de conservanda sanitate oculorum di Magister Barnabas de Regio, Modena, ibid. 1895. 4) Magister Barnabas de Regio ed il suo »Libellus de conservanda sanitate oculorum (codice Marciano del sec XIV), Pavia, Annali di Ottalmologia 1896; Modena, Rassegna, di Scienze mediche 1896. 5) Nota intorno alle citazioni del Gordonio de Guido di Chauliac riguardanti gli occhiali, Modena, Comunicazione alla R. Accademia di Scienze, Lettere ed Arti 1896. 6) L'opera oftalmoiatrica di

Benvenuto nei codici negli incunabuli e nelle edizioni moderne, Modena, ibid 1897. 7) Benvenuti Grassi Hierosolimitani doctoris celeberrimi ac expertissimi de oculis eorumque egritudinibus et curis. Incunabulo Ferravese dell' anno 1474 con notizie bibliografiche, Pavia, Annali di Ottalmologia 1897. Letztere Arbeit hat Pagel im ersten Jahrgang des Janus p. 583 besprochen. In der neuesten Veröffentlichung giebt Albertotti nach einer kurzen Einleitung von 8 Seiten neben einander den lateinischen Text des Codex Riccardianus und den französischen des Codex Parisianus auf 49 Seiten. Dann folgt der lateinische Text des Codex Ashburnhamianus auf 24 Seiten. Dann folgt eine kurze Autorentafel der letzteren Handschrift. Wenn schon diese Veröffentlichungen für jeden Bearbeiter mittelalterlicher Medicin höchst wertvoll sind, so ist es ganz besonders die ausführliche Tabelle der letzten sechs Seiten. Es stellt diese Tabelle eine Reconstruction des Benvenuto in 70 Capiteln dar mit genauer Angabe der betreffenden Stelle in jeder der sieben veröffentlichten Handschriften dieses Augenarztes.

OEFELE.

Considerazioni intorno a Benvenuto ed alla sua opera oftalmoiatrica per GIUSEPPE ALBERTOTTI. (Estratto dagli »Annali di Ottalmologia" Anno XXVII, fasc. 3. Pavia 1898. 22 pp.

In dieser gelehrten Arbeit liefert der hochverehrte Professor der Augenheilkunde in Modena das Ergebniss weiterer gründlicher Studien über den mittelalterlichen Augenarzt Benvenutus Grapheus. Dieselben bilden eine werthvolle Ergänzung zu früheren Arbeiten, über die hier gleichfalls bereits referirt worden ist. In dem vorliegenden Aufsatz geht A. mehr historisch-kritisch auf Benvenutus ein, giebt ferner die Analyse eines Neapolitaner Codex und ausser Betrachtungen über die Behandlung eines »tumor lagrimale" nach Benvenutus Anmerkungsweise auch die Abbildungen von Augeninstrumenten nach einem Neapolitaner Codex des bekannten arabischen Augenarztes Acanamusali.

PGL.

SUISSE.

Schweizerische Beiträge zur Geschichte der Pharmacie von B. REBER in Genf.

Die in der schweizerischen Wochenschrift für Chemie und Pharmacie veröffentlichten Beiträge schildern die Apothekenverhältnisse der Schweiz am Ende des XVI Jahrhunderts.

In der ersten Abtheilung wird ein Lebensbild des Apothekers und Staatskanzlers RENWARD CYSAT von Luzern gegeben. Dieser für seine Zeit hervorragende Mann war ein Universalgenie; ausgestattet mit vorzüglicher Begabung für fremde Sprachen wurde er nach elfjähriger pharmaceutischer Thaetigkeit Unterschreiber und nach fünf Jahren Staatskanzler. Seinen Fleiss und seine Leistungsfähigkeit bekunden ungezählte von ihm verfasste Urkunden und Aktenbände über vaterländische Zustände, über Medizin und Pharmacie. Im den letzteren gehört dass *Pestbuch* und der *Pesttraktat*, worin die Gemüthsverfassung der Menschen in jener Schreckens-

zeit, die Gesetzgeburg und Polizei, die Medicinal und Apothekenverhältnisse geschildert werden.

Die zweite Abtheilung behandelt die Apothekenvisitationen, welche ein trauriges Bild liefern von dem damaligen Zustande der Pharmacie, von der niedrigen wissenschaftlichen Stufe der Apotheker, von der Abhängigkeit und dem Drucke seitens der Aerzte, welche die Medikamente selbst bereiteten und verkauften. Das Visitationskomitee bestand aus »dem Statt Doctor oder Arzet, einem Sekhelmeister, einem Rhatsrichter, einem Stattschreiber und einem Grossweibel".

Die dritte Abtheilung beschäftigt sich mit zwei »Reformationen"; sie schreiben einem Apothekereid vor, den Gebrauch eines gleichförmigen Dispensatoriums (jedenfalls das Antidotarium des Nicolaus Alexandrinus oder Myrepsos), regeln das Verhältniss zwischen Arzt und Apotheker, verbieten namentlich das Zusammenarbeiten beider zu gewinnsüchtigen Zwecken, fordern die genaue Beachtung der Taxe und belegen die Verwendung von alten, verlegenen Drogen mit Strafe. Die Rezepte der Aerzte müssen vorschriftsmässig, ohne Substitution eines quid pro quo angefertigt, in ein Buch eingetragen und dann, auf eine Schnur gezogen, aufbewahrt werden. Die Visitationen sollen jahrlich stattfinden.

Den Schluss bilden die auf Grund von schlechten Revisionsbefunden gegen den Apotheker Jos. Forer zu Luzern angestrengten Prozessverhandlungen und der freiwillige Verkauf seiner Apotheke.

J. Berendes.

II. GÉOGRAPHIE MÉDICALE.

ALLEMAGNE.

Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. XIV. 3. 1898. S. 610.

Im letzten Hefte der Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte werden neue interessante Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten veröffentlicht (vergl. Janus I. 3. S. 389). Dieselben beginnen mit dem General-Sanitätsberichte über die Kaiserliche Schutztruppe für *Deutsch-Ostafrika* für das Berichtsjahr 1895/96, erstattet vom Chefarzte der Kaiserlichen Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika Oberstabsarzt 1. Klasse Dr. *Becker*. Hieran schliesst sich ein Bericht desselben über die Impfungen, welche vom 1. Juli 1895 bis 30. Juni 1896 in Deutsch-Ostafrika durch die der Medicinal-Abtheilung des Kaiserlichen Gouvernements unterstellten Aerzte ausgeführt worden sind. Sodann bespricht Regierungsarzt Dr. *Friedrich Plehn*, welcher der Medicinal-Abtheilung nicht untersteht, die sanitären Verhältnisse von Tanga während des Berichtsjahres 1896/97. Darauf folgt eine Reihe von Mittheilungen über Negermedicin aus verschiedenen Gegenden Deutsch-Ostafrikas: Stabsarzt Dr. *Gärtner* berichtet aus Bagamoyo, Stabsarzt *Hösemann* aus dem Bezirke Udjidji, Stabsarzt Dr. *Zupitza* vom Victoria-See, Stabsarzt Dr. *Eggel* vom Kilima-Ndjaro, Assistenzarzt Dr. *Drewes* aus Tabora, Assistenzarzt Dr. *Schreber* aus dem Bezirke Pangani.

Die Mittheilungen aus *Westafrika* werden eingeleitet von einem Berichte des stellvertretenden Regierungsarztes Dr. *Döring* über die Gesundheitsverhältnisse in Togo in der ersten Hälfte des Jahres 1897. Assistenzarzt 1. Klasse Dr. *Lichtenberg* verbreitet sich über eine kleine Beriberi-Epidemie, welche 1897 in Kamerun unter der Kaiserlichen Schutztruppe beobachtet wurde, hauptsächlich Haussa-Soldaten betraf und in den meisten Fällen äusserst rasch tödlich verlief. Vom Regierungsarzt Dr. *A. Plehn* werden Klima und Gesundheitsverhältnisse des Schutzgebietes Kamerun im Berichtsjahre 1896/97 behandelt. Den Schluss bilden Berichte über die Gesundheitsverhältnisse auf Jaluit (Marschallinseln) von den Regierungsärzten Dr. *Schwabe* und Dr. *Bartels*.

Die Mittheilungen sind reich an interessanten Details, welche unmöglich in einem Referate sich wiedergeben lassen, sondern im Originale nachgelesen werden müssen. Nur einige wenige Punkte mögen hier Erwähnung finden.

Im Gegensatz zu *Kohlstock*, *F.* und *A. Plehn* u. A., welche die Chininbehandlung beim *Schwarzwasserfieber* verwerfen, tritt *Becker* wieder für dieselbe ein.

Aus verschiedenen deutschen Impfinstituten (Berlin, Dresden, Karlsruhe) bezogene *Kälberlymphe* erwies sich in Deutsch-Ostafrika von guter Wirkung, von besserer als solche aus dem Bacteriological Institute Grashamstown (Südafrika).

Ausser in Kamerun wurde 1897 auch in Togo (Gross- und Klein-Popo) eine kleine *Beriberi*-Epidemie unter Krooboys beobachtet.

Auf den Marschallinseln, und zwar auf der Insel Laë, wurden zum ersten Male einige Fälle von *Lepra* constatirt.

Die *künstliche Inoculation von Pocken* ist als Schutzmassregel bei den verschiedensten Volksstämmen Deutsch-Ostafrikas weit verbreitet und findet mit Pockenneiter (selten Blut Pockenkranker) meist auf der Stirn statt.

Die *Beschneidung* der Knaben ist bei den meisten Stämmen Sitte.

Abortivmittel sind viel in Gebrauch. Meist werden innerliche Mittel angewandt. Von den Wasiba wird der Abort auch durch einen Scheidentampon, bestehend aus in einen Lappen eingewickelten, gequetschten Blättern einer bestimmten Pflanze, welcher bis zum Eintritt der Wirkung, etwa 3 Tage liegen bleibt, hervorgerufen.

Höchst interessant ist, dass verschiedene Stämme eine ausgebildete *Geburtshülfe* besitzen, welche meist von Frauen ausgeübt wird. Es wird nicht nur durch Streichen des Leibes oder Druck von aussen die Geburt befördert, sondern es werden auch Extractionen, Wendungen (durch innere und auch äussere Handgriffe), bei unüberwindbarem Hinderniss Zerstückelung des Kindes mittels Messers, manuelle Lösung der Nachgeburt und, wenn die Mutter bei der Geburt oder vorher stirbt, sogar der »Kaiserschnitt” vorgenommen.

Die Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten bilden werthvolle Beiträge zur geographischen Medicin, und es ist deren Fortsetzung mit Interesse entgegenzusehen.

SCHEUBE.

R. KOCH, *Aerztliche Beobachtungen in den Tropen.* Berlin 1898, Dietrich Reimer.

In vorliegendem in der Abtheilung Berlin-Charlottenburg der Deutschen Colonial-Gesellschaft vor einer sehr illustern Versammlung gehaltenen

Vortrage theilt *Koch* seine auf seiner Forschungsreise nach Afrika und Indien über die Malaria der Tropen gemachten Untersuchungen und Erfahrungen mit. Er geht in seinen Ausführungen aus von einer andern, der Malaria sehr ähnlichen, gleichfalls durch einen in den rothen Blutkörperchen sich einnistenden Blutparasiten hervorgerufenen Krankheit, dem *Texasfieber* der Rinder, für welches es ihm gelang, die schon von *Smith* gefundene Thatsache, das die Krankheit durch Zecken, und zwar nicht solche, welche auf kranken Thieren gesessen haben, sondern durch deren Brut, die aus ihren Eiern ausgeschlüpften Larven, übertragen wird, durch einen über allen Zweifel erhabenen Versuch festzustellen. Nach Besprechung der *einheimischen Malaria*, namentlich der Tertiana, und ihrer Parasiten wendet er sich dann zur *Tropenmalaria.*

Koch fand in Deutsch-Ostafrika 4 verschiedene Arten von Malaria: ausser 2 sehr seltenen, die er bei Seite lässt, dieselbe Tertiana wie bei uns, welche sehr oft als doppelte Tertiana vorkommt, und 90 % aller Fälle ausmachend die eigentliche Tropenmalaria. Letztere verläuft nach *Koch's* Untersuchungen, wenn sie nicht durch Chinin beeinflusst wird, gar nicht so unregelmässig und vielgestaltig, wie bisher immer behauptet ist, sondern macht genau ebenso typische und regelmässige Anfälle wie unsere Tertiana, nur ist die Temperaturcurve etwas anders gestaltet. Der Anfall beginnt in der Regel nicht mit einem Schüttelfrost, sondern mit leichtem Frösteln und allgemeinem Unbehagen. Die Temperatur geht sofort steil in die Höhe und bleibt längere Zeit oben. Erst am nächsten Morgen tritt ein mässiger Fiebernachlass ein, worauf die Temperatur bis zum zweiten Abend nach Beginn des Anfalls zwischen 39 und 40° schwankt. Dann erst kommt ein starker Temperaturabfall und damit das Ende des Fieberanfalls, welcher also nicht wie beim heimischen Fieber 4—8, sondern ungefähr 36 Stunden dauert. Der Typus ist der tertiane, wegen der langen Dauer der einzelnen Anfälle liegen aber zwischen diesen nur wenig fieberfreien Stunden.

Koch hat bei der Tropenmalaria nicht eine einzige Ausnahme von diesem Typus gesehen. Zu der Regelmässigkeit der Anfälle gelang es ihm auch den Entwickelungsgang der *Parasiten* in regelmässige Beziehungen zu bringen. Während des Anfalls finden sich nur ganz kleine Ringe, welche gegen Ende desselben anfangen zu wachsen, und erst wenn er vollständig beendet und in einigen Stunden ein neuer zu erwarten ist, treten grosse Ringe auf, so dass sich nach dem Blutbefunde der Zeitpunkt der Erkrankung bestimmen lässt. Sporulationsformen hat *Koch* nicht im Fingerblut, aber wiederholt in der Milz gesehen. Dieselben sind denen der heimischen Malaria sehr ähnlich, nur erheblich kleiner.

Das *Chinin* ist immer dann zu geben, wenn im Blute die grossen Ringe auftreten, weil ersteres dann die Parasiten gerade an dem empfindlichsten Punkte ihrer Entwickelung, der Sporulation, trifft. Bei Befolgung dieses Grundsatzes hat *Koch* nicht einen einzigen Misserfolg zu verzeichnen gehabt. In der Regel genügt eine Dosis Chinin, um das Tropenfieber ebenso sicher zu heilen als unsere heimische Tertiana. Zur Verhütung der Recidive, welche bei der Tropenmalaria fast regelmässig eintreten, lassen sich dagegen nicht so sichere Regeln angeben wie für die Behandlung derselben. *Koch* rät etwa 1—1½ Monat lang jeden 5. Tag 1.0 Chinin zu geben und ebenso es auch zur Prophylaxe zu machen. Verfährt

man auf diese Weise, so tritt eine merkwürdig schnelle Reconvalescenz ein, und es kommt nicht zu Tropenanämie, Milzschwellung oder Siechthum. Sanatorien in fieberfreier Gegend gewähren nach seiner Ansicht in Bezug auf Malaria nicht den geringsten Vortheil.

Ebenso wie das Tropenfieber hat auch das *Schwarzwasserfieber* für *Koch* seine Schrecken verloren. Nach seinen Untersuchungen hat dasselbe direct gar nichts mit der Malaria zu thun, sondern ist in der Regel nichts weiter als eine Chininvergiftung. *Koch* ist überzeugt, dass, wenn sich diese Auffassung erst weiter Bahn gebrochen hat und die Tropenärzte etwas vorsichtiger mit dem Chinin umgehen, vielleicht in geeigneten Fällen auch andere Mittel, wie Arsen oder Methylenblau, anwenden, das Schwarzwasserfieber ganz aus der Reihe der eigenlichen Tropenkrankheiten ausscheiden wird.

Was die Uebertragung der Malaria betrifft, so schliesst sich *Koch* der *Mosquito-Theorie* an, weicht aber von der hauptsächlich von *Manson* und *Ross* vertretenen Ansicht ab, indem er nach Analogie mit dem Texasfieber annimmt, dass die Mosquitos die Parasiten aufnehmen und auf ihre Eier und die jungen Larven übertragen und erst diese wieder inficiren.

Die Frage, ob es eine *Immunität gegen die Tropenmalaria* giebt, bejaht er, indem er glaubt, dass dieselbe durch Ueberstehen von unbehandelter Malaria erworben werde. Die Neger im Usambaragebirge sind nicht immun. Wenn dieselben ihr Gebirge verlassen und an die Küste hinuntergehen, bekommen sie das Fieber, welches ihnen oft Monate lang zu schaffen macht und nicht selten tödlich verläuft. Wer aber durchgekommen ist, kann ruhig zum zweiten Male an die Küste gehen: er bekommt die Malaria nicht wieder oder höchstens nur noch einmal und dann schwach. Der Küstenneger hat dagegen, da schon seine Voreltern immun waren, bei seiner Geburt einen gewissen Grad von Immunität mitbekommen und dann vermuthlich in der Jugend auch die Krankheit bereits durchgemacht, wodurch er immun geworden ist. Da somit bei der Malaria eine Immunität möglich ist, steht auch zu hoffen, dass für dieselbe ein künstliches Immunisirungsverfahren zu finden sein wird.

Augenblicklich sieht *Koch* als die wichtigsten Massregeln für die Colonien an, dass diese mit tüchtigen, in Bezug auf die Malaria gründlich vorgebildeten Aerzten in genügender Zahl versehen und die Wohnungsverhältnisse gebessert, insbesondere luftige Wohn- und Schlafräume, von denen die Mosquitos fern bleiben, geschaffen werden.

Die Ansichten, welche der berühmte Forscher in diesem Vortrage auf Grund seiner Untersuchungen entwickelt, weichen in manchen Punkten von den jetzt herrschenden ab und werden voraussichtlich in Balde zu einer lebhaften internationalen Aussprache über die von ihm ventilirten Fragen führen. Behält *Koch* Recht, was im Interesse der Menschheit nur zu wünschen wäre, so würden wir dem Ziele, Herr der Malaria zu werden, welche jetzt den Werth manchen Colonialbesitzes zweifelhaft erscheinen lässt, nicht allzu fern sein, was »gleichbedeutend sein würde mit der friedlichen Eroberung der schönsten und fruchtbarsten Länder der Erde". SCHEUBE.

STEPHAN KARTULIS, *Weitere Beiträge zur pathologischen Anatomie der Bilharzia (Distomum haematobium, Cobbold).* Virchow's Archiv. 152 Band. S. 474. 1898.

Verfasser berichtet zuerst über einen bei einem 30 jährigen Fellah

beobachteten Fall von *Epitheliom des rechten Fusses und Unterschenkels*, bei dem sich *Bilharzia-Eier* theils zwischen den stark hypertrophischen Papillen der Epidermis, theils im Corium, im bindegewebigen Stroma fanden. Die Mehrzahl der Eier war verkalkt, oder es waren nur Schalen oder Reste von solchen vorhanden. Die Capillaren zeigten sich frei von Eiern. Der Harn des Kranken, welcher weder Eiweiss noch Zucker enthielt, ist leider mikroskopisch nicht untersucht worden. *Kartulis* nimmt an, dass die *Uebertragung der Parasiten direkt durch die Haut* stattgefunden hat, indem er die zuerst von *Harley* aufgestellte Theorie, dass die Infection nicht durch das Trinkwasser, sondern beim Baden durch Urethra, Rectum oder Haut erfolgt, adoptirt.

Im Anschluss hieran theilt Verfasser seine Beobachtungen über das *Vorkommen der Bilharzia-Eier in den Organen* und das *Vorkommen von Geschwülsten bei der Bilharzia* mit, von denen Folgendes erwähnt werden möge.

Ausser in der Pfortader mit ihren Zweigen und Wurzeln fand *Kartulis* Distomen-Würmer unter 33 untersuchten Fällen 6 mal in der V. cava inf., 1 mal in der V. iliaca communis dextra, während der Parasit und seine Eier stets im Blute des Herzens fehlten. In 6 Fällen wurden Würmer vermisst, obwohl in den Organen Eier vorhanden waren, indem dieselben, deren Lebensdauer nicht mehr als 3—5 Jahre beträgt, offenbar zu Grunde gegangen waren. Weibchen, die überhaupt stets in geringerer Zahl als Männchen sich fanden, wurden niemals in den *Milz-*, *Pankreas-* und *Magen*venen angetroffen, ebensowenig Eier in diesen Organen, indem nach *Lortet* und *Vialleton* die Weibchen ihre Eier an Orten ablegen, wo dieselben leicht nach aussen befördert werden können. Verfasser glaubt, dass die Eier nicht durch den Blutstrom in entfernte Körpertheile geschleppt, sondern in den Organen, wo sie sich finden, direkt abgelegt werden.

Ausser den fast in jedem Fälle von fortgeschrittener Bilharzia-Blasenentzündung vorkommenden Papillomen sind *Carcinome der Blase* ziemlich häufig. Bei einer Zusammenstellung von 300 Fällen stellte *Kartulis* 10 mal Carcinom der Blase, das 9 mal primär war, und 1 mal Sarkom fest. Ferner beobachtete derselbe 3 mal Krebs (1 mal primär), 1 mal Fibro-Adenom der Prostata, 2 mal Carcinom der Samenbläschen (secundär), 3 mal Carcinom des Rectums (1 mal primär) und 1 mal Fibro-Adenom desselben.

Was die *Leber* betrifft, so fand er unter 22 Fällen 12 mal hypertrophische, 2 mal atrophische Cirrhose, 2 mal fettige Degeneration, 2 mal Muscatnussaussehen.

Eins der häufigsten Symptome sind *Harnfisteln*. Die gewöhnlichsten sind Perineal- u. Scrotalfisteln, seltener Glutäal- u. Urethralfisteln sowie Fisteln an der obern Partie der innern Fläche des Oberschenkels. Harnröhrenstricturen kommen dagegen sehr selten vor.

Scheube.

Schön, *Ueber Tropen-Hygiene*. Berlin 1897, Dietrich Reimer.

Verfasser verbreitet sich in diesem in der Abtheilung Berlin-Charlottenburg der Deutschen Colonial-Gesellschaft gehaltenen Vortrage in klarer und für gebildete Laien verständlicher Weise über die Aufgaben der Tropenhygiene und die Methode tropenhygienischer Forschung. Nach

Besprechung der Entwickelung, welche bisher die Tropenhygiene genommen hat, wobei er besonders der von der Deutschen Colonial-Gesellschaft veranlassten Sammelforschungen durch Fragebogen und der namentlich in Niederländisch-Indien von *Eijkman* u. a. ausgeführten experimentellen Untersuchungen, welche ergeben haben, dass die rein klimatischen Einflüsse der Tropen bisher überschätzt wurden, gedenkt, hebt er die Wichtigkeit der tropenpathologischen Forschung hervor, insbesonders die Erforschung der Krankheitsursachen, für welche er eine gemeinschaftliche Arbeit von Aerzten, denen ein grösseres Krankenmaterial in geordnetem Krankenhause zur Verfügung steht, zusammen mit Bakteriologen, Zoologen und etwa Botanikern und Chemikern und Hand in Hand mit der Tropenphysiologie empfiehlt. Er betont ferner, dass die hygienischen Massnahmen in den Tropen principell nicht von denen unserer Heimat abweichen, weist auf die denselben zu dankenden eminenten sanitären Fortschritte in einigen Colonien hin und giebt zum Schluss einen Ueberblick über die organisatorischen Hilfsmittel, welche in unsern Colonien und den hervorragendsten fremden zur Zeit bestehen, wobei er sich besonders eingehend mit den von Seiten der Deutschen Regierung getroffenen Massnahmen und dem in Britisch-Indien gegenwärtig ins Leben gerufenen Institut Pasteur beschäftigt.

Aus der lebhaften Discussion, welche sich dem Vortrage anschloss, sei noch Folgendes erwähnt:

Staatssecretär *Herzog* äusserte den Wunsch, bald mehr über dies Thema zu hören, insbesondere über die nur kurz gestreiften Fragen, die Hygiene der farbigen Rassen, die verschiedenen Gebiete der speciellen Hygiene, wobei er auch der persönlichen Hygiene des Charakters, welche aus einer Verbindung der Einsicht mit der Disciplin des Willens hervorgeht, gedachte, und überhaupt über positive Vorschläge.

Virchow zog die Akklimatisation von Familien in Zweifel und wies auf das Aussterben der in wärmere Länder ausgewanderten alten Germanenstämme als Rasse hin, wogegen Herzog *Johann Albrecht zu Mecklenburg* geltend machte, dass trotz des Verlustes der Nationalität doch der germanische Typus in manchem dieser Länder noch erhalten sei.

Däubler betonte namentlich die Verschiedenheit der Tropenhygiene von der allgemeinen, der Tropenphysiologie und-Pathologie von der aussertropischen oder europäischen.

Nocht wies auf die Notwendigkeit einer Abgrenzung des Begriffes Malaria von andern Krankheiten.

Belov auf die Bedeutung der internationalen Seite der tropenhygienischen wissenschaftlichen und praktischen Ziele hin.

Gerhard lenkte die Aufmerksamkeit auf 4 wichtige Tropenkrankheiten: die Ankylostomiasis, die Ruhr, die Pocken und die Malaria und ihre Erreger und schlug vor, als Preisfrage den Nachweis des Vorkommens und die Entwickelungsgeschichte der Plasmodien der Malaria ausserhalb des menschlichen Körpers aufzustellen.

Scheube.

AUTRICHE.

Max Joseph, *Ueber viscerale Lepra.* S. A. aus der Festschrift zu Ehren von Filipp Josef Pick. Wien und Leipzig 1898.

Verfasser untersuchte Leber, Milz und Zunge eines Falles von *Lepra tuberosa* mit ungefähr 20 jähriger Krankheitsdauer. Leber, Niere und Zunge zeigten keine Spur von Leprabacillen, dagegen war in der *Milz*, die sich makroscopisch normal oder nahezu normal verhielt, der Bacillenreichtum geradezu ein enormer, und zwar fanden sich dieselben 1) kleinere oder grössere, in der Nähe von kleinen Arterien gelegene (Malpighi'sche Körperchen) Haufen bildend in Zellen (vielfach in Vacuolen) und blasenförmigen, kernlosen Gebilden, welche *Joseph* für vacuolisirte Zellen ansieht, 2) in Lymphgefässen und- Spalten und 3) frei im Milzgewebe, dagegen nicht in Blutgefässen.

Im Anschlusse an die Mittheilung seiner Untersuchungen lässt Verfasser die von anderen Autoren erhobenen Milzbefunde, welche die constantesten Erscheinungen der visceralen Lepra darstellen, Revue passiren.

Scheube.

ITALIE.

La Malaria secondo i più recenti studi. Dott. Filippo Rho, Medico di 1a classe nella R. Marina. Torino 1896.

Those who lack the requisite time to wade through the voluminous literature surrounding the subject of malaria, and more especially that part of it which has sprung up so rapidly since Laveran's great discovery, will find a well arranged and discriminating summary of the various facts and theories regarding the disease in Dr. Filippo Rho's work "La Malaria". The book forms part of a series of similar monographs, chiefly by the same author, upon diseases prevalent in warm climates.

Under the headings of Geographical Distribution, Etiology, Parasitology, Nosography, Symptomatology, Pathogenesis, Pathological Anatomy, Prophylaxis, Treatment, and Bibliography, the whole subject of malaria is here passed comprehensively and intelligently under review in the space of 180 pages. Special care has evidently been bestowed upon the chapter of Parasitology. The Author follows other Italian writers in regard to the question of the polymorphism of the plasmodia malariae, but holds that the dual nature of the parasites giving rise to the aestivo-autummal type of fever has not been proved. In his clinical description he adopts a division of "Malaria debole" (including fevers of a mild type), and "Malaria intensa" (including fevers of a severe type), corresponding generally to the Winter-Spring and Summer-Autumn types, respectively, of the Roman school. Such a classification, like all others founded on the clinical history of the disease without an adequate knowledge of the biology of the parasite, can only be provisional; still it has the merit of roughly indicating a real clinical distinction.

This painstaking *résumé* concludes with a series of illustrative cases

chiefly culled from the well-known work of Marchiafava and Bignami, giving charts of typical and of irregular courses of malaria temperatures, and plates showing the parasites in the different phases of their life-cycle.

While not laying claim to originality in his views, nor aspiring to add to the number of observed facts, Dr. Rho has rendered a distinct service by compiling a lucid and generally accurate account of the state of our knowledge regarding malaria up to the date at which he writes. No doubt by improved methods of examination, and by such remarkable investigations as those of Ross in India lately published, new light is constantly being thrown upon the structure and life history of the parasite, and it becomes necessary to revise and supplement from time to time, as our knowledge thus increases, such labours as Dr. Rho has undertaken in this work. But up to the point to which it carries us, the book can be heartily commended as a most useful and reliable guide to a complicated and difficult subject.

Via Veneto, B. G. Sandison Brock, M. D., C. M.
Rome.

RUSSIE.

K. Dehio, *Zur Serumtherapie der Lepra.* St. Petersburger Medicinische Wochenschrift 1898. No. 27.

Der um die Lepra-Forschung verdiente Dorpater Kliniker stellte mit genau nach den Angaben *Carrasquilla*'s hergestelltem Lepraheilserum Versuche bei 19 Aussätzigen an, die therapeutischen Erfolge waren aber gleich Null. Die von *Carrasquilla* beobachteten Besserungen sind analog den bei Leprösen mit Tuberculin erzielten temporären Besserungen und nicht auf in dem Serum enthaltene specifische lepröse Antitoxine, sondern auf nicht specifische Eiweissderivate, wie sie von den Tuberkelbacillen und anderen Mikroben gebildet werden, zurückzuführen. Dass Verfasser mit seinem Serum im Gegensatz zu *Carrasquilla* keine Wirkungen hervorrief, ist möglicher Weise dadurch zn erklären, dass sein Serum steril war, während sich vielleicht im *Carrasquilla*'schen Serum unbeabsichtiger Weise Mikroben nicht specifischer Natur entwickelt hatten.

Scheube.

REVUE DES PÉRIODIQUES.

The Journal of Tropical Medicine.

Seit der Gründung des *Janus* ist das Gebiet der Tropenmedicin um zwei weitere Zeitschriften bereichert worden. Im Januar 1897 trat das deutsche, von *C. Mense* herausgegebene *Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene* in's Leben, und im August d. J. begann das englische *Journal of Tropical Medicine*, welches unter der Redaction von *James Cantlie* und *W. J. Simpson* steht, sein Erscheinen. Ein erfreuliches Zeichen dafür, dass im Laufe der letzten Jahre allenthalben das Interesse für Tropenmedicin bedeutend ge-

wachsen ist. Wir glauben den Wünschen unserer Leser zu entsprechen, wenn wir regelmässig kurze Referate über den Inhalt der neuen Zeitschrift, von welcher alle Monate eine Nummer erscheint, bringen.

Die *erste Nummer* (15. Aug.) enthält zunächst einige einführende Bemerkungen aus der Feder Sir *Joseph Fayrer's*, des Seniors der englischen Tropenärzte, auf welche vier Original-Artikel folgen.

K. Mac Leod weist auf die Häufigkeit von *Herzerkrankungen*, namentlich functionellen, *in den Tropen* beim Militär sowohl als Civil hin, in deren Aetiologie die Hitze eine wichtige Rolle spielt, und fordert bei der Auswahl für den Tropendienst sorgfältige Berücksichtigung des Zustandes von Herz und Gefässen.

Patrick Manson giebt eine Darstellung der *Mosquito-Malaria-Theorie* auf Grund der neuesten ihm von *Ross* aus Indien mitgetheilten Untersuchungsergebnisse. Dieser Forscher fand im Magen bestimmter Mosquito-Arten, die an Malaria-Kranken gesaugt hatten, eigentümliche grosse pigmenthaltige Zellen, die, wie er glaubt, sich aus den Malaria-Parasiten entwickelt haben. Aehnliche Zellen konnte er auch in der Magenwand von Mosquitos, die mit Blut von Vögeln, das Proteosoma enthielt, gefüttert worden waren, nachweisen und hier ihre Weiterentwickelung verfolgen. Dieselben wuchsen rasch und stiessen später spindelförmige, trypanosomaähnliche Körper aus, die sich über den ganzen Körper verbreiteten und am reichlichsten in den beiden im Kopfe des Mosquitos befindlichen, mit dem Rüssel in Verbindung stehenden Giftspeicheldrüsen gefunden wurden. *Ross* gelang es auch, Vögel durch Mosquitos, die an einem Proteosoma-Sperling gesaugt hatten, zu inficiren. Die Verwandtschaft des Proteosoma mit den Malaria-Parasiten legt eine Uebertragung der hinsichtlich der ersteren gemachten Befunde auch auf die letzteren nahe.

W. J. Buchanan lenkt unter Mittheilung von 3 Fällen die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von *Cerebro-spinal-Meningitis* in den Tropen, insbesondere *in Indien*. Dieselbe wird hier namentlich in Gefängnissen, auf Emigrantenschiffen und in Emigrantendepôts beobachtet, am häufigsten in der Präsidentschaft Bengalen, aber auch in Bombay, im Punjab, in Madras, Birma, auf den Andaman-Inseln und den Nikobaren. Das Verbreitungsgebiet der Cerebro-spinal-Meningitis reicht also bis zum 5.—10.^{0} N. B. hinab, während *Hirsch* den 30. Grad als südliche Grenze angiebt.

C. W. Daniels behandelt *Filarien und Filaria-Krankheit in Britisch-Guiana.* Er bespricht zuerst das verschieden häufige Vorkommen von Elephantiasis sowohl als Filarien bei den verschiedenen dort vertretenen Rassen und erklärt dasselbe durch das verschiedene Trinkwasser, welches dieselben benutzen. Die Eingeborenen, welche letzteres den Flüssen entnehmen, leiden nicht daran, die Ostindier, welche meist gleichfalls Flusswasser trinken, wenig, die Neger und Portugiesen, welche in der Regel in Fässern aufbewahrtes Regenwasser, zu dem die Mosquitos leichten Zugang haben, geniessen, dagegen stark. Sodann erörtert Verfasser, auf wie verschiedene Weise bei der Filaria-Krankheit die Verstopfung des Lymphgefässsystems zu Stande kommen kann, sowie die Häufigkeit der einzelnen Formen derselben und beschäftigt sich zuletzt mit der von ihm und *Ozzard* namentlich bei Eingeborenen aus dem Innern gefundenen, von *Manson Filaria Ozzardi* genannten Filaria-Art, deren pathologische Bedeutung noch unbekannt ist.

Was den übrigen Inhalt der Nummer betrifft, so folgen auf die Original-

Artikel mehrere kleine Leitartikel, die in London zu errichtende Schule für Tropenmedicin, *Ross*'s Malaria-Forschungen und den Unterricht in Tropenpathologie in Haslar betreffend, sodann ein kurzer Bericht über die Verhandlungen der Section für Tropenmedicin auf der diesjährigen Versammlung der Britisch Medical Association in Edinburgh, ferner Bücher-Besprechungen, und den Beschluss bilden Neuigkeiten und Notizen, so dass also der Inhalt der Nummer ein sehr reichhaltiger ist

Scheube.

The Journal of Tropical Medicine.

Die 2. *Nummer* (15. Sept.) enthält 8 Original-Artikel.

Zuerst bespricht Sir *Josef Fayrer* den *Typhus unter den britischen Truppen in Indien*, wo derselbe häufiger ist als in irgend einem anderen Theile des britischen Reiches und beim Militär die bei weitem häufigste Todesursache bildet. Am meisten befallen werden die jungen Soldaten unter 24 Jahren und während der beiden ersten Jahre ihres Aufenthaltes in Indien. Verfasser hängt noch seiner alten Ansicht an, dass der Tropentyphus nicht identisch mit dem unsrigen ist, nicht durch einen Bacillus, sondern durch Ursachen, die mit Klima und Malaria zusammenhängen, hervorgerufen wird.

K. Mac Leod theilt einen im Netley Hospital beobachteten Fall von *Malaria-Scorbut*, d. h. scorbutischem Zahnfleisch bei Malaria-Kachexie, mit, bei welchem sicher ersteres Folge der letzteren war, giebt aber zu, dass auch Combinationen von Malaria und Scorbut vorkommen.

Gerald Sichel berichtet über *Fieberfälle*, welche er an Bord eines Kriegsschiffes während eines $4^1/_2$ monatlichen Aufenthaltes *in Zanzibar* beobachtete, und die er für Mittelmeerfieber ansieht. Aus den kurz mitgetheilten 4 Krankengeschichten geht dies aber nicht mit Sicherheit hervor.

S. F. Clark behandelt das Vorkommen von *Darmblutungen bei Malaria*, welche anscheinend in den letzten Jahren in Indien häufiger beobachtet werden und manchmal zum Tode führen. In einem obducirten Falle zeigte der ganze Darmkanal hochgradige Congestion, und im Jejunum fand sich eine Anzahl sehr kleiner, oberflächlicher Geschwüre mit zerrissenen Rändern. Die Ursache der Blutungen sucht Verfasser in einer Blutdissolution.

W. J. Simpson macht in einer Arbeit über die *Pest in Indien* zunächst interessante und zum Theil bisher unbekannte Mittheilungen über die Geschichte derselben, von welchen erwähnt sei, dass Pestepidemien in Indien oft mit solchen im Occident zusammengefallen sind, die erste bekannt gewordene im Jahre 542 mit der Justianischen Pest, und dass bereits in einem der Purânas, dessen Alter wenigstens 800 Jahre beträgt, die Vorschrift gegeben wird, stets, wenn unter den Ratten ein Sterben beobachtet wird, den betreffenden Ort zu verlassen. Sodann weist Verfasser auf die wichtige Rolle hin, welche leichte Erkrankungen (Pestis minor) beim Ausbruche der Pest spielen, und zeigt dies an dem Beispiel von Kalkutta. Zum Schluss erwähnt er die dringende Nothwendigkeit gut ausgebildeter Sanitätsbeamten für Indien.

Darauf folgt ein werthvoller Aufsatz von *M. T. Yarr* über die *durch Malaria bedingten Augenaffectionen.* Diese werden durch Circulationsstörungen (Malaria-Parasiten) hervorgerufen und lassen sich eintheilen in Neuritis, Netzhautblutungen, Retino-Chorioditis und Glaskörpertrübungen. Verfasser

bespricht die einzelnen Formen eingehend und erwähnt dann noch kurz einige selten vorkommende Störungen, um zum Schluss die Chinin-Amaurose, die in schweren Fällen zu Einschränkung des Gesichtsfeldes und selbst zu Sehnervenatrophie führen kann, zu behandeln. Letzteres kommt, wie aus einem in derselben Nummer mitgetheilten Referate einer Arbeit eines Arztes in Cuba hervorgeht, dort wegen der von den dortigen Aerzten angewandten heroischen Chinindosen gar nicht selten vor.

W. M. Haffkine und *Bannerman* machen Mittheilungen über die *mit den Haffkine'schen Schutzimpfungen gegen Pest in Indien erzielten Erfolge*, welche grösstentheils schon aus früheren Veröffentlichungen bekannt sind und zeigen, dass dieselben eine durchschnittliche Reduction der Sterblichkeit um 86 % zur Folge haben.

Zum Schluss weist *Patrick Manson* in einer kleinen Arbeit darauf hin, dass normal *in den Lymphocyten* ein dem Malaria-Melanin ähnliches *Pigment* gefunden wird, dessen Auftreten also nicht für die Diagnose von Malaria verwerthet werden kann. SCHEUBE.

The Journal of Tropical Medicine.

In der 3. *Nummer* (15. Oct.) sind 4 Original-Artikel enthalten.

Im ersten bespricht *Leonard Rogers* die *Vertheilung und Schädlichkeit des Ankylostomum.* Er weist darauf hin, das mit der Bezeichnung Ankylostomiasis vielfach Misbrauch getrieben wird, indem nach seinen und anderen Untersuchungen bis zu 100 Ankylostomen und darüber den Wirth nicht krank zu machen pflegen. Auch 100—300 Würmer können von einem Gesunden lange Zeit ohne Schaden beherbergt werden, tragen aber bei gleichzeitiger Anwesenheit anderer schwächender oder Anämie erzeugender Krankheiten, wie Malaria, Dysenterie, dazu bei, die Anämie zu verstärken, und in solchen Fällen kann man nur von einer Complication mit Ankylostomen reden. Erst 500 Würmer müssen $^1/_2$—1 Jahr vorhanden sein, um wahre Ankylostomiasis zu erzeugen. In den Fällen, wo Ankylostomen andere Krankheiten compliciren, ist bei der Anwendung von Thymol Vorsicht geboten, weil bei denselben das starke Mittel mehr schaden als nützen kann.

Standford Harris theilt 15 Fälle von *Lepra von den Canarischen Inseln* mit, von denen 2 abgebildet werden.

F. M. Sandwith macht Mittheilungen über seine *in Egypten über Pellagra* gesammelten Erfahrungen. Obwohl schon *Pruner* das sporadische Vorkommen dieser Krankheit in Egypten erwähnt, war dieselbe doch bis vor wenigen Jahren dort unbekannt. Verfasser beobachtete 1893 die ersten Fälle und hat seitdem über 500 gesehen. Die Pellagra kommt besonders in Unter-Egypten, wo viel Mais wächst und gegessen wird, vor, ist dagegen in Ober-Egypten, wo Hirse (Sorghum vulgare) die Hauptnahrung der Bauern bildet, selten. *Sandwith's* Patienten waren sämmtlich den ärmsten Classen angehörende Fellahs, grösstentheils Bauern und standen meist in der Blüte des Lebens, keiner war unter 5, wenige über 50 Jahre alt. Frauen scheinen umgekehrt wie in Italien weniger zu erkranken als Männer, wahrscheinlich weil sie sich weniger bei der Feldarbeit betheiligen. Alle Fälle waren mit Ankylostomen, $^1/_3$ ausserdem noch mit Distomum haematobium complicirt. Als Ursache der Pellagra sieht Verfasser verdorbenen Mais in Verbindung mit Armut und Arbeiten in der Sonne an. Der Mais

pflegt von den Fellahs schlecht aufbewahrt zu werden, so dass er leicht verderben kann. Die von *Sandwith* gegebene Darstellung des Leidens (durch eine Abbildung illustrirt) entspricht in allen wesentlichen Punkten dem namentlich aus Italien bekannten Krankheitsbilde.

L. Westenra Sambon giebt eine kurze Beschreibung des *Schwarzwasserfiebers*, das er weder für eine Malaria-Form noch für eine Chininvergiftung, sondern für eine besondere Krankheit hält, die einerseits mit der paroxysmalen Hämoglobinurie der gemässigten Zone, andererseits mit dem Texasfieber der Rinder verwandt ist und wahrscheinlich durch einen in dieselbe Gruppe wie das Pyrosoma bigeminum gehörigen Parasiten hervorgerufen wird. Wenn Verfasser glaubt, dass die Beschreibung, welche *F. Plehn* von dem Parasiten des Schwarzwasserfiebers giebt, seine Annahme bestätigt, irrt er sich aber, denn dieser Autor sieht das Schwarzwasserfieber für eine Malaria-Form an und fand bei demselben die kleinen unpigmentirten Malaria-Parasiten.

J. A. Voorthuis [1]) berichtet über *Versuche mit Unna's neuer Behandelungsmethode der Lepra*, die er in Deli (Sumatra) an 4 chinesischen Kulis angestellt hat, und welche in intravenösen Injectionen von *Valentine's* meat juice mit künstlichem Serum zu gleichen Theilen verdünnt (0, 2—1 ccm alle 2 Tage) bestehen. In allen Fallen trat eine Besserung des Allgemeinzustandes ein, sowie Röthung und Schwellung der Knoten, die dann erweichten und resorbirt oder durch Incision entleert wurden. Diese Behandlungsmethode gründet sich darauf, dass das Muskelgewebe, welches im meat juice gelöst enthalten ist, die einzige gegen den Lepra-Bacillus immune Substanz der Körpers ist. SCHEUBE.

Psilosis or Sprue. JOS. MOOREHEAD M.D. etc. (The Indian Lancet, Aug. 16 1897, pag. 161.)

Au Congrès médical des Indes le docteur *Moorehead* a lu une communication sur la maladie, à laquelle les médecins hollandais des Indes orientales et des Indes occidentales donnent le nom de »Indische spruw" ou »aphthae orientales". Dans les Indes anglaises on la nomme »white flux, hill diarrhoea, hiltrot, cachectic diarrhoea, diarrhoea alba"; dans les établissements anglais de la Chine »sprue". Tous ces noms ne representent que quelques symptômes de la maladie et le docteur PHIN a proposé de la nommer psilosis (de ψιλός, gratté) en raison de l'état de langue, du pharynx et des membranes muqeuses intestinales. Ce sont presque toujours les Européens ou les personnes de la race mixte, qui sont attaqués. La définition, que le docteur MOOREHEAD donne de cette maladie est à peu près celle, que j'en ai donnée. [1]) Il dit que c'est une maladie chronique, caractérisée par la rudité de la bouche et du pharynx, par des selles aqueuses, incolores, cuisantes, fréquentes et par une atrophie, plus ou moins générale, mais spéciale du foie. Ma définition est, que c'est un catarrhe chronique de l'estomac et des intestins avec atrophie de la muqeuse de tout le tube intestinal et du foie. Je prends la liberté d'insister sur ma définition, parceque j'ai été le premier auteur qui ait indiqué l'atrophie du foie en 1880 dans cette maladie aux Indes orientales, tandis que dans la même année le docteur PATRICK MANSON à Amoy à constaté que tout le corps est atrophié et spécialement le foie. [2]) La communication de Mr. MOOREHEAD

[1]) Cet article avait paru dans Janus III, 1.

est basé sur un cas qu'il a observé et dont il donne l'histoire. Il ne me semble pas nécessaire de récapituler ce récit, qui quoique très munitieux ne nous apprend rien de nouveau.

La pathologie et l'étiologie de la psilosis ne sont pas encore définement connues. L'auteur mentionne mon opinion que la maladie est toujours primitive, c'est à dire qu'elle n'apparait jamais comme conséquence d'une autre maladie. Le docteur BEGGS de Honkong croit à l'influence des bacilles et nous apprend que le docteur WETHEBED, médecin à l'hôpital de Brampton (Londres) a trouvé un grand nombre de microorganismes dans les selles.

Sur les cadavres on voit une atrophie considérable de toutes les pavois intestinales; généralement il y a une dégénérescence granulaire et adipeuse et peut-étre une infiltration amyloide. Le foie est petit, anémique et et flasque; mais le docteur GOODEVE dit, qu'il est de temps en temps sans aucune apparence morbide. Le traitement varie selon les diverses périodes et la gravité de l'attaque. L'auteur veût ordonner la diète lactée, ou si celle ne convient pas, de la soupe avec de l'arrowroot ou d'autres farineux. (Quant a moi j'ai observé que le lait est presque toujours nuisible.) On ne peût donner des nourritures plus solides que graduellement et il est préférable de commencer par du poisson.

Quand aux médicaments l'auteur dit qu'il y a quelques médecins qui les croient inutiles. Il prescrivait la pepsine avec evonymine et iridine, hydrarg. c. creta, et, quand il voyait des symptômes dyssentériques, l'ipecacuanha. Quelque fois l'émetine, le bismuth et creta ou bismuth, pepsinum et rheum. Des suppositoires avec de la morphine lui semblent aventageux. Le Dr. BEGGS de Hankoco obtenait beaucoup de succès avec la santonine, spécialement avec la santonine jaune.

Quoique cette lecture ne nous apprenne pas de faits nouveaux il me semble que la publication en est utile parce que beaucoup de médecins en Europe ne connaissent pas cette maladie.[3]) Le spilosis est une maladie des pays chauds qui ne se voit dans les régions tempérées que chez des personnes qui reviennent des régions tropicales. Elle est bien souvent confondue avec la dyssenterie chronique, le catarrhe des intestins, les hémorroïdes etc. Trop souvent ces affections qui doivent être reconnues distinctement sont réunies sous le nom de diarrhée chronique ou de diarrhée des pays chauds. J'ai bien des fois décrit amplement les symptômes différenticles de ces affections,[4]) mais il est très difficile de les reconnaître; dans beaucoup de cas on doit observer les malades pendant un certain temps pour arriver à plus de certitude. Et on pourrait faire beaucoup de mal en ne reconnaissant pas les diverses affections susceptibles d'être nommées diarrhée des pays chauds. VAN DER BURG.

---

[1]) De geneesheer in Nederlandsch-Indië. Batavia, Ernst & Co. 1887. II. 609. Indische spruw (Aphthae tropicae). Batavia, Ernst & Co. 1880. Sprue translated and edited fromte dutch of Dr. C. L. van der Burg. China Imperial Maritime Customs II. — Special series No. 2. Medical reports etc 17 pag. 55. Shangai and London P.S. King & Son.) [2]) Notes on sprue by PATRICK MANSON (China Imp. Marit. Customs II. Special series No. 2. Medical Reports etc. 31 March 1880. 19st .ssue, pag. 55). (Gen. Tijdschr. v. N.-I. XXI blz. 267.)

[3]) Nous avons vu un cas grave de cette maladie finir mortellement après avoir été totalement méconnu par des paediatres distingués qui même ne connaissaient pas le nom de cette affection. (Réd.) [4]) En autre le livre intitulé: Behandeling in Europa van zieken, komende uit het heete klimaat. Blankenberg & Co., 1891.

Sur le mecanisme de l'immunisation contre les venins, par le docteur CALMETTE. (*Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1898, no. 1, pag. 129.)

Poursuivant ses belles études sur l'immunisation contre les venins, M. le docteur Calmette vient de faire à l'Institut Pasteur de Lille, en collaboration avec M. Guérin, médecin vétérinaire, et M. le docteur Wehrmann, de Moscou, une série d'expériences ayant pour but du déterminer le rôle respectif que jouent le système nerveux, les lencocytes et les diverses humeurs de l'organisme dans le production de l'immunité artificielle contre les venins.

De ces expériences nombreuses et variées M. Calmette en a dégagé les deux conclusions suivantes :

1o. On ne peut pas considérer l'action antitoxique de la bile, de la cholestérine, etc., pas plus que celle de certains sérums normaux ou antitétaniques ou antirabiques, etc., comme une action antitoxique vraie, c'est-à-dire spécifique à l'égard du venin. On a tout simplement affaire ici à des effets de stimulation cellulaire, mais ces effets sont très passagers et peuvent être produits par des substances très différentes;

2o. après l'injection de sérum antivenimeux, ce sérum manifeste son action préventive quoique l'on se soit efforcé de diminuer la résistance des éléments nerveux par l'injection de divers poisons qui agissent sur ces derniers.
P. F.

H. LEMESLE. *Un précurseur de Lombroso au XVIIe siècle. Le Progrès médical.* 30 Juillet 1898.

In einem, leider zu karg ausgefallenem Referat lenkt Verfasser die Aufmerksamkeit der Geschichtsfreunde auf ein kürzlich zu Bergamo aufgefundenes Werk, welches gewissermassen beweist, dass einige der Hauptgedanken der criminal-anthropologischen Schule Lombroso's bereits in 17 Jahrhundert Vertretung fanden. Das Werk soll aus dem Jahre 1615 stammen und von Samuel Fuchsius herrühren; über den Titel berichtet der Referent nichts. Was den Inhalt anlangt, so vertheidigt Fuchsius die Annahme, dass man aus den charakteristischen Formen der Stirne und der Augen auf die intellectuellen und moralischen Eigenschaften eines Menschen schliessen könne; diese Vertheidigung — sie erfüllt 34 Capitel, von denen 15 der »Metoposcopie" und 19 der »Ophthalmoscopie" gewidmet sind — wird in einer Weise geführt, welche lebhaft an den Geist der Wissenschaftlichkeit in modernem Sinne gemahnt.

Aus den mitgetheilten Stellen entnehmen wir, was besonders hervorzuheben ist, dass Fuchsius Criminalität und Lasterhaftigkeit zu jenen Erscheinungen rechnet, welche direct aus der menschlichen Natur hervorgehen, aus der Anlage entspringen. An der Hand von Portraits und Illustrationen, welche nach des Berichterstatters Meinung jeden modernen Atlas zieren würden, mit dem Hinweis auf historische Persönlichkeiten, sucht Fuchsius zu zeigen, wie sehr die Form und Höhe der Stirn den Ausdruck der intellektuellen und moralischen Eigenschaften darstellt. Er unterscheidet lange, breite, niedrige, hohe, runde, viereckige Stirnen etc. und findet als Characteristicum des Verbrechers und Degenerirten die auffallend niedrige Stirne, verbunden oft mit abundanten Haarwuchs. In

noch höherem Grade als die Stirn, soll, nach Fuchsius, das Auge die feinsten Nuancen der geistigen Entwicklung und des Gefühlslebens wiederspiegeln. Auffallend buschige Augenbrauen finden sich bei Dieben, Lügnern, Mördern und allen solchen, welche verbrecherischer Handlungen fähig sind. Ein gerader Verlauf der Augenbrauen zeigt melancholisches Wesen an, bogenförmig gestellte verrathen Arroganz, gegen die Nasenwurzel absteigende deuten auf Sterilität. Von grosser Wichtigkeit soll auch die Grösse der Pupille, das Vorkommen von Pigmentanomalien der Iris und insbesondere der Strabismus sein, wenn es gilt, Kennzeichen zu finden für die Art des Charakters und der Sinnesart.

Was das Buch des Samuel Fuchsius aber ganz besonders interessant macht, ist der Umstand, dass es eine detaillirte Schilderung des Ausdrucks der verschiedenartigsten Gemüthsbewegungen entwirft, soweit dabei das Auge betheiligt ist, und dass es in der Auffassung mancher Probleme der Psychopathologie einen Standpunkt vertritt, der mit dem modernen fast identisch ist. Zum Beweise sei nur angeführt, dass der Lombroso der 17. Jahrhunderts Epilepsie und Criminalität aequivalent erklärt, und die Neigung zum Selbstmord stets auf Irrsinn zurückführt.

NEUBURGER.

An infectious disease in Lascars having relations with variola and varicella. The Lancet, Oct. 22nd 1898. Drs. R. S. THOMSON and J. BROWNLEE observed 16 cases of this disease which they consider should be regarded as distinct from variola and varicella. The patients were Lascar seamen, from Calcutta, who mixed freely on board ship, while repairs were being carried out, with 250 British Workmen protected from smallpox by primary vaccination alone. There were 53 Lascars on board the vessel, in addition to those affected by the disease. Of these, 2 were vaccinated. Of those affected 3 had had smallpox, 2 recently, four were successfully revaccinated during the crusting stage, and a fifth unsuccessfully; while the others had been successfully revaccinated, 2 to 4 weeks before the onset of the disease.

The eruption presented a papular a vesicular and a crusting stage. The papules appeared first on the shoulders, back, and front of the trunk, to a less extent on the face and scalp, and was sparse on the extremities. No eruption on the palms of the hands or on the soles of the feet. The papules closely resembled those of smallpox being hard and shotty, but they were accuminate instead of flattened. These appeared on the first or second day of illness. The vesicles were hemispherical, translucent, surrounded by a wide areola if a dusky red colour, not umbilicated till crusting had begum and the centre become depressed. The vesicles appeared from the 1st to 3rd day of the papular stage, but involved only some of the papules, the remainder of these persisting for nearly a week, then gradually disappearing; pustules were not formed. Crusting proceded slowly and resulted in the formation of deep cicatrices like those of smallpox. The throat was congested and in most cases presented well marked eruption. The febrile period lasted about a week, the temperature being remittent and ranging up to 104° F. (40° C.). There was no secondary fever. There were headache, vomiting, and backache; and in one case, albuminuria. None of the patients died. The observers state that what was apparently an outbreak of the same disease was described by

Dr. Izett Anderson, of Jamaica, 32 years ago, in the *Transactions of the Epidemiological Society of London.* They also consider that the existence of this disease may explain the behaviour of so-called smallpox in vaccinated and inoculated persons in certain lacalities in India.

J. FINLAYSON, M. D.

Le sérum Sanarelli contre la fièvre jaune.

Le Dr. SANARELLI qui avait annoncé son intention de prendre part aux travaux du congrès international d'hygiène et de démographie de Madrid (avril 1898), a expérimenté, pendant quelques mois, à Rio de Janeiro, son antitoxine de la fièvre jaune ou serum anti-amaryllique, comme il l'appelle, et en a fait connaître le mode d'emploi à un comité de médecins Brésiliens.

Le correspondant de la *Lancet*, à Rome, donne un court résumé de ces expériences et de ces procédés. Le Dr. Sanarelli admet, dès maintenant, qu'il est difficile d'obtenir de bons résultats d'un traitement appliqué lorsque la maladie est déjà avancée, c'est à dire quand le poison amaryllique abondamment accumulé dans l'organisme, a déjà causé de graves modifications anatomiques et fonctionnelles, susceptibles de déterminer la mort, et contre les quelles le sérum reste forcément impuissant; c'est pour quoi il faut restreindre l'application du sérum exclusivement à la première période de la maladie et l'on doit s'estimer heureux d'obtenir de bons résultats de ce traitement préventif; on est même en droit d'espérer que les observations faites sur l'emploi du sérum anti-amaryllique au début de la maladie nous mettront à même de l'appliquer avec succès à des périodes plus avancées de la fièvre jaune. Le Dr. Sanarelli s'est assuré que son sérum n'était nuisible dans aucun cas et qu'on pouvait en injecter une dose tant que tout espoir n'est pas définitivement perdu; on injecte une première dose de 20 cent. cubes et, s'il ne se produit pas d'amélioration sensible, on administre une seconde puis une troisième dose, etc., en tenant compte, toutefois, de la force de résistance du malade, des conditions générales, de la période de la maladie, des complications, etc. Les injections sont faites habituellement dans la région des cuisses ou des fesses, mais dans les cas urgents on peut injecter directement le sérum dans les veines de l'avant-bras que l'on rend saillantes par l'application d'un bandage au dessus du pli du coude. Les expériences faites à Rio, semblent démontrer que le sérum agit énergiquement sur le microbe qui détermine la fièvre jaune, mais qu'il est sans action contre les toxines produites par ce microbe; si le microbe peut-être arrêté dans son développement avant la production des toxines, le malade est sauvé; aussi, pour opérer avec succès, faut-il administrer le sérum avant l'apparition de la maladie ou au moins dès son début, en tout cas, il n'y a jamais de temps à perdre puisque la fièvre jaune peut, en deux jours, par courir toutes les phases de son évolution.

SIG.

Huile bouillante comme stérilisation. Nous accordons à »The hospital" que l'huile bouillante est beaucoup plus efficace que l'eau chaude pour la stérilisation des instruments, seulement il ne fait pas oublier la facilité avec laquelle on peut avoir de l'eau qui bout, ce que n'est pas donné à tous les chirurgiens pour l'huile, qui n'entre en ébullition qu'à

320° F. ou 356° F. Mr. le prof. Wright de l'hopital Netley en Angleterre, a proposé de remplacer le thermomètre qui marque cette haute température, par l'antique méthode qui consiste à laisser tomber une mie de pain dans l'huile; quand celle-ci brunit et se crispe, la température cherchée est obtenue.

Un remplaçant de la quinine. Comme un nombre respectable d'autres produits, la quinine voit sa couronne ébranlée. Mr. le Dr. Dall' Olio (The Medical Magazine), propose, vante, fait déjà triompher, l'hydrochlorate de Phénocoll. Ce nouveau bienfaiteur appartient à la liste, déjà si considérable des produits de la synthèse du coaltar (goudrons, phénols etc. etc.). Ce médicament ne modifie pas les éléments fondamentaux du sang; on peut le donner sans danger à doses élevées (4 gr.); il n'y a plus de troubles de l'ouïe, de cyanose, de collapsus etc. Les médecins italiens experts en la matière, le jugent comme un excellent succédané de la quinine.

M. C.

La quinine dans la malaria. In: North Carolina Medical Journal; Louisville Medical Monthly, Septembre. Mr. le Dr. J. S. Van Marter, Jr., conclut aussi:

La quinine ne sera pas donnée continuellement à ceux qui vivent dans un climat malarique, car c'est un poison vaso-moteur.

La quinine agit dans toutes les fièvres à formes intermittentes mais échoue dans les fièvres continues.

La quinine est un poison du plasmodium mais est inutile contre les toxines qu'il fabrique.

La teinture de Warburg exerce une action qui n'est pas encore bien connue sur les toxines et met l'organisme en état de tirer profit de la quinine.

On ne doit pas faire usage de ce sel dans l'hémoglobinurie. Seuls ceux qui vivent dans les régions infectées sont compétents pour trancher la question pro ou contra. M. C.

La commission de la malaria. 7bre 17. Elle est enfin nommée! Son but est de rechercher le mode de dissémination de la malaria et les moyens à opposer à cette maladie qui enlève chaque année tant d'Européens résidant dans les climats tropicaux et aux alentours. Elle se compose de Mr. le Dr. C. W. Daniels, du service colonial médical; de Mr. le Dr. J. W. W. Stephens l'auteur distingué d'un essai sur la bactériologie du choléra asiatique; du Dr. R. S. Christophers, gradué de Liverpool.

Mr. le Dr. Daniels s'occupera à Calcutta du rôle que peuvent jouer les moustiques dans la dissémination de la malaria; ses deux collègues iront à Rome étudier cette maladie; ensuite ils se réuniront à Blantyre, Afrique centrale anglaise. M. C.

Les morsures de serpents et leur traitement. In: Cincinatti Lancet-Clinic 3.-7bre. Mr. le Dr. Ricketts donne les conclusions suivantes sur les études qu'il a faites sur les serpents et leur venin:

1°. Le serpent à sonnettes, le coral et le copperhead, sont les seuls serpents des Etats-Unis qui possèdent des dents à la base desquelles est une poche qui renferme du venin.

2⁰. L'inoculation dépend de la dose et de l'endroit mordu.

3⁰. Ce sont les enfants qui ont fourni les cas les plus authentiques de mort par lesdits serpents.

4⁰. On n'a aucune preuve certaine de la mort d'un adulte par ces serpents.

5⁰. Si la mort ne survient pas au bout de quelques heures, ce n'est plus le venin mais d'autres agents qui la produisent.

La fièvre jaune dans les Indes occidentales. In: Public Health. Nous avons déjà consacré à cette maladie terrible la revue d'un certain nombre d'articles parus dans *Janus III*, 1 nous n'y reviendrons pas; nous tenons à signaler cependant le travail sur ce sujet de Mr. le Dr. Anderson de Georgetown, (Guyane Anglaise); c'est tout bonnement une reminiscence de ce qui a été publié sur la matière; nous n'y voyons rien d'original, et savions depuis longtemps que la mortalité des troupes anglaises et des européens était énorme; qu'il fallait prendre la mer et s'enfuir du côté opposé, vers le nord, que c'était la meilleure prophylaxie. L'auteur discute la bactériologie de Sanarelli de Montévidéo et d'Havelburg de Rio-de-Janeiro et fait de même pour la plupart des symptômes de la maladie parfois interprétés d'une façon discutable. En somme, il n'y a rien dans ce travail qui appelle l'attention du chercheur. M. C.

Antistreptococcin. Il s'agit du nouveau sérum de Marmoreck dont le journal »St. Petersb. Med. Woch." (juillet 11) entretient ses lecteurs, mais dont nous connaissons et avons signalé les effets splendides depuis plusieurs mois dans les hopitaux de Paris et de France, contre la septicité des blessures, la fièvre puerpérale, les empoisonnements du sang, causés par le streptocoque et aussi dans les complications de la diphtérie quand les bacilles sont associés, nous ne ferons donc que signaler cet article. M. C.

MÉDECINE MILITAIRE ET HYGIÈNE SPÉCIALE DES PAYS CHAUDS.

TREATISE ON THE NATURE OF INJURIES, WHICH MAY BE SUSTAINED IN FUTURE NAVAL WARFARE

by Dr. J. A. Portengen, *Royal Dutch Navy.*

During the long period of peace which had reigned throughout the world for the last fifty years, the different naval powers had made much progress in the development of their naval material: hence the reason that the eyes of the whole world were turned to the far east, where war had broken out between China and Japan, in order to prove the practical efficacy of the new theories.

In comparing the population of China (350 millions) with that of Japan (44 millions) there seemed no doubt as to which of the nations would remain conqueror in this war — nevertheless Japan, proved to be the victor.

From a military-chirurgical view the most important encounters during

this war have been the battle at the mouth of the Yalu river, and the capture of Wei-ha-wei by the Japanese army and navy.

Although in the battle at Phung-do two Japanese ships received some shells in their sides, no material damage was done, neither was any one killed or wounded.

Three persons on board the Yoshino had their membrana tympani ruptured, by firing their own guns.

During the different attacks on Tang-Chow by the Japanese warships the forts replied to the attacks with volleys from their heavier or lighter guns: nevertheless there was no actual damage and no case of killed or injured.

At the bombardment of some places in Formosa and in the Pescadores, only one person of the landing-party was wounded, receiving a fracture of the lower jaw, that afterwards completely recovered.

The battle near the mouth of the Yalu river took place on the 17th September 1894. In the beginning of this encounter (which lasted only four hours) the number of the vessels on both sides was equal but some Chinese vessels were soon disabled by the Japanese firing, which ignited the sails, and tackle and shot the ship-boats into splinters.

Allthough official statements are wanting as to the losses of the Chinese, there is no doubt but that they were infinitely the heavier.

By the sinking of their cruisers King-Yuen, Tschik-Yuen, Tschao-Yong and Yang-wei, 600 chinamen were drowned.

This supposition is corroborated by the declarations of European naval-officers, who saw the remainder of the Chinese fleet, entering Port-Wei-ha-wei after the battle of the Yalu.

"The vessels looked a complete wreck. An inexpressible confusion of "cordages, splinters and pieces of human limbs covered the decks and "blood was spattered even to the tops of the funnels. These facts show a "terrible slaughter of the seamen, who were on duty on deck during the "seafight. [1])

The general opinion that the number of killed and wounded will be particularly heavy in future naval encounters is apparently not confirmed by the official reports of the Japanese Admiralty, but it must be taken in consideration that the Japanese were not exposed to the quick firing guns of their enemies as were the Chinese and therefore it would be not correct to deduce therefrom a propable percentage of the killed and wounded in future naval war-fare. With regard to the modern treatment and nursing of the wounded on board ships as well as in the hospitals, the Japanese can rival the best European nation. [2])

The fact of Japan alone possessing quick firing [3]) guns influenced greatly the list of killed and wounded and the ultimate result of the battle.

The study of the numerical reports [4]) shows that the number of Japa-

---

1) Mittheilungen aus dem Gebiete des Seewesens, Pola 1895 Die kriegsmaritimen Ereignisse in Ost-Asiën bis einschliezlich der Einnahme von Port-Arthur.

2) Archives de Médecine Navale et Coloniale, Juin 1897. Notes médicales sur la guerre Sino Japonaise par le Dr. Delisle, médecin de la division navale de l'extrême orient.

3) The Naval Annual 1895, edited by T. A. Brassey Chapter VI. Lessons from the war in the East.

4) The annual Report of the health of the Imperial Navy for the 27th year of Meiji (1894) Tokyo.

nese naval officers wounded out of a total force of 381 in the battle of the Yalu, amounted to 29, and of these 13 succumbed.

Percentage of killed to wounded 45 %.

The number of petty-officers and seamen, out of a total force of 3266, wounded in action amounted to 250, 109 of whom subsequently died.

Proportion between the number of killed and wounded 44 %.

Comparing the number of killed and wounded according to their rank, the most numerous are seamen [5]) being 57 %, next come petty-officers with 15 % and officers with 10 %, while the non-combattants and stokers amounted to 6 %.

By classification of the killed and wounded to the different ranks, of persons present on the fleet, the percentage indicates for officers 7,8 %, petty-officers 8,7 %, seamen 9,4 %, non-combattants 9,8 % and stokers 2,6 %.

In all engagements on land the infantry has always more killed or wounded than the artillery, engineers, and sanitary-corps, because the former approach nearer to the enemy than the latter.

In seafights however any person above the waterline of a warship, may be easily injured by the enemy's shells, irrespective of their work; thus seamen who are exposed on barbettes to the discharge of shells or non-combattants working above on the main deck, in fact all those who are working above the waterline are equally liable to be killed or wounded.

As the Japanese ships were not perforated by any shell below the waterline during this war, those who were working below it were safe. The natural result is therefore that the number of persons killed or injured belonging to the engineering class, who where always working below the water level, is the smallest.

The annual report of the health of the Imperial Japan navy for 1894 gives the following causes of the death of the 109 petty-officers and seamen, killed in action.

Blown to pieces	30
died from burns	22
,, ,, injuries of the skull	19
,, ,, ,, ,, ,, trunk	6
,, ,, ,, ,, ,, upper limbs	10
,, ,, ,, ,, ,, lower limbs	5
,, ,, ,, ,, ,, chest	6
,, ,, ,, ,, ,, neck	1
,, ,, ,, ,, ,, abdomen	6
,, ,, fracture of the pelvis	4

The remaining 141 wounded in the battle of the Yalu (afterwards quite recovered) suffered from the following injuries:

burns and scalds	29
fracture and injuries of the skull	22
injuries of the eye and ear	5

5) Note on the wounded in naval battles between Japan and China during 1894—5 by S. Suzuki, fleet surgeon, Imperial Japanese Navy (Read before the 12th International Medical Congres, held at Moscow in 1897).

contusion of neck and chest	7
injury of the abdomen	2
„ of the back	7
fracture of the pelvis	4
„ and injuries of the upper limbs	41
„ „ „ „ „ lower limbs	24

The killed were divided over the following ships:

	mean force	died	number of shells burst,	not burst,	pieces of shell,
cruiser Matsushima	353	54	6	6	—
armourclad Hiyei	251	20	3	12	8
cruiser Itsukushima	382	14	6	2	—
gunboat Akagi	116	9	4	18	—
cruiser Akitsushima	360	4	1	3	—
armourclad Fusoo	386	4	4	4	—
cruiser Yoshino	360	1	2	1	5
cruiser Hashidate	382	1	4	7	—
mailsteamer Saikyo	100	—	3	9	—
cruiser Takachiho	365	1	1	4	—
cruiser Naniwa	365	—	—	3	6
armourclad Chiyoda	350	1	—	3	—

The admiral's ship Matsushima suffered the greatest loss by the explosion of a Chinese shell in the beginning of the battle, having 30 persons killed at one time and 70 persons injured by a 30,5 centimetre shell.

The Hiyei had 14 persons killed and 27 persons injured by a well directed shell of the same kind; more than ten men being killed or injured by the indirect shot.

The Itsukushima had 8 persons killed and 3 persons injured by a 21 centimetre shell; moreover five persons of the engineering class were killed or injured at one time, owing to the explosion of a 15 centimetre shell, which perforated a starboard coal-bunker in midships, three feet above the waterline and crushed a ladder in the boiler room of the afterpart, while 4 persons were killed and 6 persons injured by the bursting of even small shells of 50 milimetres. The Akitsushima having 5 persons killed and 9 injured by a shell of 21 cM.

Though the Saikyomaru was hit with 30,5 centimetre shells on her side and the Chiyoda with 21 centimetre shells in the same part, yet little damage was done, because the shells only perforated the ships sides without bursting.

The funnel of the Fusoo having been perforated by a shell, the fragments of it dispersed around and killed or injured ten seamen.

The number of head-wounds was the greatest, the ratio being 21 % of the total number, next in order came the wounds of the upper limbs, of the lower limbs, of the abdomen and lumbar region while the fewest injuries were in the neck.

Comparing the number of wounds received in a land-fight with those received in a sea-fight it is found they are almost identical.

The only marked difference between them is, that, in the former case

the greatest number of wounds received are those of both extremities, the head-wounds coming second, whilst in the latter case the head-wounds are the most numerous and those of both extremities come second.

This difference is but natural because in land-fights soldiers are injured only by shells and bullet. but in sea-fights all materials around the combattants such as ships planks and rigging etc. being blown to pieces by the bursting of shells, increase the causes of injury.

Conclusions.

Allthough no correct statement can be made as to the probable percentage of killed and wounded in future naval battles, the following conclusions can be drawn:

In future naval encounters the injuries will be generally very numerous and of severe nature.

The proportion of the killed to the wounded will be very unfavourable (in casu 45 $^0/_0$).

A great number of burns must be expected objects causing injury if they are hit (indirect shot) should be removed.

Death of those killed in battle, will be due to violent injuries.

Le Paludisme au Sénégal. Notes du docteur Clarac, publiées par les *Annales d'hygiène et de médecine Coloniales*, 1898, no. 1.

C'est à l'Hôpital fondé à Dakar en 1891, que M. Clarac a étudié le paludisme.

Après un coup d'oeil sur la topographie de la petite presqu' île du cap vert, et sur la météorologie de cette région (température, vents, et pluies), M. Clarac s'occupe de la morbidité spéciale du paludisme par rapport à la morbidité générale. En 6 ans, de 1891 à 1896, les affections paludéennes, sous leurs diverses formes, représentent plus de la moitié de la morbidité générale. (Elle est de 57,5 pour 100). Quant à la mortalité pour la même période elle n'est que de 2,13 pour 100 cas d'impaludisme, tandis que la mortalité générale est de 2,70 pour 100. L'empoisonnement paludéen de présente à Dakar sous des formes variables, assez difficiles à classer, soit à cause de cette variabilité même, soit parce que le plus souvent pour ne pas dire toujours, la médication par les sels de quinine appliquée immédiatement, dès le début de l'accès, ou même antérieurement, est susceptible de modifier complètement le type de la fièvre. Comme à l'hôpital on n'observe presque jamais d'accès absolument vierge de quinine, il est difficile de faire la part de la médication dans la modification des types.

Le type banal, l'accès de fièvre à trois stades bien tranchés nous a paru exceptionnel pendant la saison de l'hivernage; on ne le constate guère qu'au début de la saison sèche, chez des sujets antérieurement impaludés, surtout chez les cachectisés.

C'est la fièvre rémittente, le type à température plus ou moins élevée mais prolongée avec intermissions plus ou moins tranchées, qui est le type le plus fréquent. Pendant l'hivernage c'est celui que l'on constate toujours. Selon le moment et surtout selon le sujet, ce type s'accompagne de symptômes bilieux parfois très marqués, plus fréquents à la fin de l'hivernage.

Le frisson du début manque souvent ou passe inaperçu. Il n'a presque jamais l'intensité et la durée de la période de froid de la fièvre intermittente observée à la Guyane et aux Antilles.

Généralement au début de la période fébrile, les sujets surtout quand ils subissent un premier hivernage, présentent le masque inflammatoire très marqué : yeux injectés, larmoyants, facies rouge, etc....

La période fébrile dure trois ou quatre jours ; la température quelle que soit d'ailleurs la médication suivie, tombe à la fin du troisième jour ou au commencement du quatrième.

Parfois cette période dure cinq et six jours ; alors il s'est produit au bout du troisième jour ou au commencement du quatrième un accès subintrant.

Dans nombre de cas du reste, il nous a paru que la continuité de la période fébrile était la résultante d'une série d'accès subintrants intervenant à la fin d'un accès du type quotidien.

Il n'est pas rare, au cours d'un même hivernage, d'assister, à des intervalles différents, à deux ou trois rechutes spontanées ou provoquées par des excès ou des fatigues.

Au mois d'août 1894, on a constaté à l'Hôpital de Dakar, dans un détachement de soldats venant de Brest, quelques cas de fièvre pouvant être classés dans le groupe typho-malarien. Pareils faits s'étaient déjà produits antérieurement. Pour M. Clarac, dans ces cas on se trouve en présence, non de la fièvre typhoïde doublée de malaria mais de fièvre malarienne devenue typhoïde par transformation.

Sur 37 cas d'accès pernicieux consignés dans les statistiques de l'Hôpital de Dakar depuis 1891 il y a en 21 décès. La forme comateuse, la plus fréquente, a fourni 8 décés; la forme algide en a déterminé 6.

Enfin on a observé à Dakar, depuis 1892 jusqu'au mois d'août 1896 inclus, 36 cas de fièvre hémoglobinurique qui ont occasionné 12 décès.

C'est à cette forme d'impaludisme que l'auteur consacre la plus grande partie de son étude.

Pour lui la *fièvre hémoglobinurique endémique*, dénomination empruntée à Corre, a pour cause prédisposante, indispensable en quelque, sorte, le paludisme chronique. A côté du paludisme, M. Clarac place toutes les grandes diathèses, susceptibles d'affaiblir l'organisme et de porter une atteinte plus ou moins profonde au fonctionnement des reins, des organes de l'hématopoièse et du coeur et à la vitalité des globules sanguins, en laissant de côté tous les excès.

De toutes les troupes européennes, ce sont les disciplinaires qui fournissent, dans des proportions énormes, la plus grand nombre de cas de fièvre hémoglobinurique.

Mais quel est la cause déterminante principale de l'altération globulaire qui caractérise cette entité morbide? A l'encontre de M. Thomas qui a écrit : la fièvre bilieuse hématurique agit non pas comme le paludisme, mais comme un typhus, M. Clarac affirme n'avoir jamais trouvé à la maladie les allures d'une affection typhique.

Il arrive à conclure que la doctrine paludéenne donne toute satisfaction et explique tous les faits qu'il a observés à Dakar.

Quant à la pathogénie l'auteur attend de la microbiologie la solution du problème ; car elle arrivera peut-être à nous faire mieux connaître la morphologie de l'Hématozoaire de Laveran.

Dr. PAUL FABRE (de Commentry).

Missions de Vaccine au Cambodge par le docteur J. Nogué (*Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales.* avril-mai-juin, 1898.

On prétendait que les Cambodgiens étaient ennemis de la vaccination française et qu'il serait très difficile de l'implanter chez eux. Mr. le Dr. J. Nogué nous montre, dans un travail très-intéressant et bourré de documents originaux, qu' accueillie d'abord avec méfiance dans certaines régions, repoussée parfois par les gouverneurs, la vaccination est entrée aujourd'hui dans une phase de progrès »qui ira tous les jours s'accentuant, surtout quand les indigènes auront pu constater dans les prochaines épidémies de variole que les enfants qui ont été vaccinés avec succès sont sortis indemnes du fléau qui a frappé les autres."

La pratique jennérienne est donc aujourd'hui bien admise par le peuple cambodgien.

M.M. les résidents de France réclament à chaque instant le médecin vaccinateur dans leurs circonscriptions.

Les gouverneurs cambodgiens eux-mêmes, quand leur service les appelait à Phnom-Penh allaient fort souvent chez Mr. Nogué le prier d'aller vacciner dans leurs résidences.

Il est un point capital que le médecin vaccinateur ne devra jamais perdre de vue: le Cambodgien est très doux, très craintif, très timoré; le médecin devra toujours et en toutes circonstances user envers lui d'une extrême douceur et ne jamais employer la violence.

Du reste, il ne faut pas oublier que le Cambodgien n'aime pas à être battu et que le frapper à la tête, c'est lui faire la suprême injure. Le médecin vaccinateur devra, dans ses moments de loisir, apprendre dans la mesure nécessaire la langue Cambodgienne. Il entrera en relations directes avec les indigènes qui seront très heureux de pouvoir causer avec lui sans recourir à un interprète, qui traduit à sa guise et qui abuse parfois de sa minime autorité auprès des malheureux indigènes, ainsi que M. Nogué a pu s'en assurer.

Au Cambodge, le médecin vaccinateur usera de tous les moyens de transport: pirogue, chaloupe à vapeur, charrettes à buffles, à bœufs, cheval, éléphant.

Tous sont bons; il faut savoir quels sont les mieux appropriés aux régions à parcourir. Il est essentiel qu'il ne manque jamais une séance de vaccinations pour ne pas déranger inutilement les indigènes.

Les séances de contrôle seront au début très difficiles à établir, les naturels ne comprenant pas qu'ils aient à ramener leurs enfants une deuxième fois, du moment qu'ils ont été vaccinés avec succès.

Un médecin devrait être exclusivement chargé du service de la vaccine. Cette réforme s'impose à brève échéance, si on ne veut pas perdre le fruit des premières vaccinations et si on veut arrêter au Cambodge les ravages de la variole.

Ces tournées de vaccinations peuvent être considérées comme un des meilleurs moyens de propagande française et civilisatrice.

D'un naturel très doux et soumis, le Cambodgien préférera volontiers la protection française au despotisme de ses gouverneurs.

»Bien souvent après ces longues séances de vaccination, ajoute Mr. Nogué, des indigènes, des gouverneurs eux-mêmes m'exprimaient de

diverses façons leur reconnaissance. Ils me trouvaient très bon, très doux envers eux et leurs enfants. Aussi rien ne m'était ménagé, et c'était à qui préviendrait mes désirs ou, mes besoins."

Et Mr. Nogué, en terminant, nous dit qu'il n'a qu'un regret, c'est de n'avoir pu tracer les itinéraires de toutes les tournées de vaccine dans ce beau royaume du Cambodge. Il aurait ainsi facilité la tâche à ses successeurs, mais le temps lui a fait défaut.

Dr. PAUL FABRE (de Commentry).

Considérations générales sur la morbidité et la mortalité de l'année 1897, à la Martinique par le Dr. GRIES. (*Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, avril—juin, 1898).

C'est un aperçu démographique un peu restreint puisqu'il ne s'étend qu'à une année que M. Gries vient de nous donner. On y trouve toutefois d'utiles renseignements.

De 1886 à 1896, la population de cette île s'est accrue de 13,743. De 175,755 elle est passée à 189,498. La mortalité y est à peine plus élevée qu'en France: en 1896 le faux obituaire a été de 22,3 par 1000 habitants, celui de la France étant de 22 pour 1000. Par contre la mortalité est supérieure; 27,6 pour 1000 habitants à la Martinique et 24,8 pour 1000, en France; cependant la nuptialite est bien moindre dans la colonie que dans la métropole; 2,4 pour 1000 habitants contre 7,5.

En fait, la *densité* de la population pour cette île esc de 191 habitants par kilomètre carré, tandis qu'on France elle n'est que de 72 et pour toute l'Europe, elle n'était que de 34 en 1886.

Chose curieuse, la morbidité comparée entre l'élément européen et l'élément créole de la garnison s'est montré favorable aux Européens (173 pour 1000 contre 249). Mais cette dernière statistique ne portant que sur quatre mois, du 1er septembre en 31 décembre, on ne peut en tirer, pour le moment aucune déduction.

Dr. PAUL FABRE (de Commentry).

Mr. le docteur BLIN, a publié dans les *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales* (avril—juin 1898 p. 259—263), un fait curieux. C'est un cas de *disproportion physiologique considérable entre le corps d'un fœtus et le corps de la mère*, qui est une naine de race Hindoue.

La taille de cette femme n'étant que de 1,10 elle a accouché (grâce du céphalotribe) d'un fœtus de 0,475 de long, et du poids de 2,600 grammes. Ce qui fait pour le fœtus presque la moitié de la taille de la mère alors que normalement la taille du fœtus est presque toujours inférieure au tiers de celle de la mère.

Le cadavre de ce fœtus a été déposé au musée de l'Hôpital de Pondichéry.

Dr. PAUL FABRE (de Commentry).

Missionnaires Médecins. D'après »the Maryland Medical Journal" le nombre de ces apôtres d'Esculape serait de 460 dans le monde entier. 168 sont en Chine; 165 dans les Indes; 44 en Afrique; 34 en Syrie et en Turquie, le reste dans diverses autres contrées. Sur ces 460 missionnaires spéciaux il y a environ 150 femmes. Avec cette nouvelle organisation, sacro-scien-

tifique, notre diplôme aura encore bien des déceptions à enregistrer et la lutte ne semble pas égale. M. C.

Le danger de la contagion de la fièvre typhoïde dans les hopitaux. In: New-York Medical Journal. Mr. le Dr. Troisier signalait à la société médicale des hopitaux de Paris le cas d'une jeune fille de son service, atteinte de pleurésie qui gagna la fièvre typhoïde par son voisinage de typhiques; cette malade n'avait bu aucun liquide suspect de porter des éléments de cette maladie. Mr. le Dr. Netter, à l'hôpital Trousseau, a vu 27 cas semblables dont 12 avaient atteint les serviteurs de l'hôpital. Mr. le Dr. Richardière a vu un cas analogue, qui atteint de syringomyélie avec prédominance de symptômes pulmonaires, avait vraisemblablement contracté la fièvre typhoïde par la voie respiratoire. M. C.

Pour la désinfection des éponges. In: Practical Notes. Il suffirait de la faire bouiller dans de l'eau alcoolisée à 30 %. Saul dit dans: Munch. Med. Woch. (juin 14), qu'il les fait bouillir deux heures la 1ère fois; par la suite 40 minutes suffisent. M. C.

L'Echinocoque du foie. In: Practical Notes. L. Gauthier de Genève dit qu'on peut reconnaître l'échinocoque du foie à une dépression particulière qui accompagne chaque inspiration profonde lorsque le malade est couché sur le dos. L'abdomen s'arrondit doucement en haut au dessous du stérinum excepté pendant l'inspiration, c'est alors que la dépression particulière signalée plus haut apparait entre le stérinum et la tumeur et attire l'attention. Une ponction exploratrice confirme le diagnostic. M. C.

Memorandum de recommandation du chirurgien général à l'adjudant général. In: Minor paragraphs (août).

Chaque régiment comporte 2 ambulances, 4 civières, un hôpital de campagne pour 10 hommes, des caisses d'objets de médecine et de chirurgie, des approvisionnements pour trois mois.

Les régiments d'infanterie auront un intendant et 10 infirmiers.

Les régiments de cavalerie auront deux intendants et 15 infirmiers.

A chaque batterie légère d'artillerie sera une ambulance, un hôpital de campagne (tente hôpital) pour 5 hommes, un officier d'intendance et cinq infirmiers.

Au 20 avril 1898, le chirurgien général envoyait des instructions au Major B. F. Pope, chirurgien en chef et à d'autres médecins, les chargeant de l'inspection du matériel de chaque corps de troupe. Suit une longue liste des médicaments et objets divers envoyés de la métropole à Cuba.

M. C.

Service des hôpitaux de la marine des Etats-Unis et la fièvre jaune. In: The New-York Medical Journal. Nouvelle monographie de la fièvre jaune mais cette fois avec toutes les garanties d'exactitude, toutes les compéténces désirées car c'est le chirurgien-général directeur du service hospitalier de la marine des Etats-Unis qui en assume la responsabilité. On y trouve le diagnostic, le traitement, les mesures hygiéniques prises et celles recommandées aux personnes vivant dans la zone infectée, puis des règles

sur les quarantaines avec tableaux synoptiques, enfin l'état actuel de la bactériologie de la fièvre jaune. Ont contribué à cette étude M. M. Muray, J. Guitéras, H. D. Geddings, Carter, E. Wasdin, Brunner, Glennan, Seaton Norman, etc. M. C.

La désinfection des appartements. In: Medical Record, 1er 8bre '98. C'est un véritable précis que MM. les Drs. Novy et Waite ont publié dans Medical News (mai 21), où tout ce qui concerne la désinfection des appartements et de leur contenu, mobilier et autre, est soigneusement traité. Les auteurs recommandent la formaline qui est comme l'on sait, une solution de formol à 40 $^0/_0$ que l'on doit distiller vivement dans un appareil spécial, à raison de 150 gr. de formaline par cent pieds cubiques d'espace, en bouchant hermétiquement toutes les ouvertures; les vapeurs de formol doivent rester 10 heures au contact des objets à purifier; si le gaz s'échappait par quelque fissure, on devrait faire une seconde et même une troisième opération consistant en lavages et injections de formaldehyde à deux ou trois heures d'intervalle. M. C.

Ceintures abdominales pour les soldats aux tropiques. (Med. Record juillet 23.) La question de savoir si l'usage d'une ceinture de flanelle sur le ventre offre quelque protection contre les troubles abdominaux aux tropiques semble résolue par la réponse affirmative faite par le conseil des chirurgiens d'armée de Washington présidé par M. le chirurgien Dallas Bache.

Ceintures ou bandes de flanelle contre le choléra, pour les troupes. On en a reconnu la nécessité et les bienfaits dans la dernière guerre, aussi les soldats de Cuba et des Philippines en ont-ils tous reçu. La protection de ces bandes appliquées directement sur l'abdomen est incontestable contre les troubles intestinaux que la variation de la température, les refroidissements après les sueurs, occasionnent si souvent. Mr. le prof. Parkes dans son »Hygiène pratique" (Practical Hygiene) en a reconnu l'utilité et l'a fait adopter aux Indes. M. C.

Vêtements pour les températures chaudes. Le journal »The British Medical" du 20 août, se raille avec quelque raison de la façon souvent illogique dont on se vêt dans les pays chauds; il déclare avec sa grande autorité sur cet important sujet: que pour un homme qui n'est pas en parfaite santé, l'usage d'une chemise en coton blanc avec devant de toile, est pour un jour de chaleur un réel danger, car la sueur ne s'évaporera pas suffisamment et il portera sur lui un véritable réfrigérant; l'usage de la flanelle pare à cet inconvénient. L'habitude qu' ont les tailleurs de coudre avec du coton expose leurs clients aux intertrigos et autres dermatites, car il s'accumule des matériaux d'infection par la sueur sur toutes les parties ainsi cousues, d'où l'irritation de la peau. Donc, pour être logique et rationnel, on portera de la laine intus et extra, (flanelle et complet en drap ou similaire). Les femmes doivent également se conformer à cet usage, qui peut varier à l'infini comme mode, mais qui doit rester tel que nous l'indiquons dans ses lignes principales dans les pays chauds. M. C.

EPIDEMIOLOGIE.

Les lépreux en Nouvelle-Calédonie. Rapport par le Dr L. Ed. Pierre. (*Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1898, no. 1, p. 149.)

Deux léproseries sont installées à l'extrémité nord de la Nouvelle-Calédonie, dans l'île Art, du groupe des Bélep. L'une, destiré aux Canaques et dans laquelle se trouvent également deux personnes libres européennes; l'autre destinée à recevoir les malades de la transportation

Dans la léproserie indigène, M. Pierre a vu des enfants sains vivre étroitement avec des camarades lépreux, des êtres indemnes, sous la conduite de soeurs indigènes horriblement lépreuses, des hommes sains et robustes partager la nourriture, le travail et l'habitation de lépreux. M. Pierre signale 56 européens atteints de lèpre on au moins très-suspects d'en être atteints.

Il estime à 1500 le nombre des lépreux de la colonie (d'autres personnes en élèvent le nombre à 4000) et 100 à peine sont internés aux Bélep. Jamais un médecin ne les visite; aussi M. Pierre, à la suite de son rapport, a-t'il obtenu du gouverneur qu'il adresse au Ministre des Colonies les propositions suivantes:

Article premier: La léproserie des Bélep est supprimée et remplacée par des léproseries partielles, dont le siège, l'installation et le nombre seront déterminés par l'administration locale de la Calédonie, d'après l'importance et le besoin des tribus.

Article 2: Un officier du corps de santé des Colonies aura la surveillance de ces léproseries, en soignera les malades et continuera les recherches et les expériences commencées pour arriver à la guérison de la lèpre.

Article 3: Les lépreux d'origine blanche seront internés à l'île aux Chèvres, où des locaux convenables devront être installés pour les recevoir. Chaque malade blanc aura une case qui lui sera spécialement affectée.

Article 4: Tout individu qui justifiera de ressources sufisantes pourra être autorisé à se faire soigner chez lui, à la condition de se soumettre aux mesures antiseptiques prescrites par le médecin.

P. Fabre (de Commentry).

Report of the Plague Research Committee, Bombay. An important Government paper, N⁰. 311 of 1897, has been issued 20th Nov. 1897, by Surgeon-Major Lyons, with a pathological report by Surgeon-Captain Childe, dated Bombay 20th Octr. 1897. The latter has been abstracted by Dr. Arnott, whose own valuable paper on Plague was reviewed in "Janus" for July Augt. 1898. The abstract of Childe's report by Arnott may be found in the *British Medical Journal* for Sept. 24th 1898. The following are among the headings of Childe's report:

The bubonic form. The septicaemic form, or Plague-septicaemia. The pneumonic form or Plague-pneumonia. Microscopic pathology of above forms. Case of plague septicaemia with secondary deposits in the liver, and pneumonia which was not due to plague. Plague in a pregnant woman: Survival of the foetus: death of the mother. Made of exit of the plague-bacillus from the body. Mode of entrance of the plague-bacillus into the body. Occurrence of involution forms of the plague-bacillus in the human body. Case of plague with carbuncle. J. Finlayson.

L'Etiologie de la fièvre jaune. 8bre 1, 1898. Miscellany. M. le Dr. F. G. Novy in: (Medical News, 17 7bre) résume ainsi cette question:

1⁰. Les bacilles de Havelburg et de Sanarelli sont distincts.

2⁰. Le bacille de Havelburg appartient au groupe côlon.

3⁰. Le bacille de Sanarelli, ce n'est pas douteux, appartient au groupe typhoïde.

4⁰. Ces deux bacilles ne sont pas la cause de la fièvre jaune.

L'étiologie, de cette fièvre ajoute le Dr. Novy est encore à trouver.

M. C.

Les immunités et la fièvre jaune. In: Minor Paragraphs 7bre. Il paraissait de règle jusqu' ici qu'une première attaque de cette maladie vaccinait le sujet contre de nouvelles invasions. Il paraitrait qu'il y a des exceptions et nous en trouvons deux relatées dans The United States Marine-Hospital Service and Yellow Fever, (Août 20). Un 1er cas se rapporte à un médecin de l'armée anglaise, qui contracta la maladie une seconde fois à son retour d'Europe; le second cas vise un américain, qui eut trois fois la maladie. L'immunité est donc, une chose relative pour la fièvre jaune comme pour toutes les autres maladies infectieuses. M. C.

Huile d'olives dans le traitement de la fièvre jaune. In: Abstracts, Extract and Miscellany. (Mars). M. le Dr. F. Paget a traité plus de cent malades atteints de fièvre jaune, sans avoir un seul décès en leur faisant prendre par le rectum $^1/_2$ ou $^1/_4$ de pinte d'huile d'olives pendant 4 ou 5 jours, à intervalle de 12 ou de 24 heures. S'il y a paralysie intestinale on donne l'huile par la bouche. M. C.

Contagion directe de la fièvre typhoïde. Nous relevons dans le Bulletin de l'acad. de médecine. (Xbre 21) une communication venant de Bucharest et constatant que 96 cas de fièvre typhoïde ont été constatés dans une école militaire renfermant 300 habitants et gagnés directement de lit à lit. On ne trouva aucune cause locale pouvant expliquer cette épidemie; elle aurait été apportée par deux pupilles revenant d'une localité infectée.

M. C.

La mouche propageant la fièvre typhoïde. In: Medical Record 8bre. Tous les praticiens sont d'accord que c'est surtout par l'eau contaminée que le bacille typhique envahit et empoisonne l'organisme. Tous les objets ordinaires de la vie avec lesquels l'homme est en contact journalier peuvent le contaminer; l'air que l'on respire peut être chargé des bacilles infectants et la maladie penètre dans les poumons puis dans la circulation générale et prend bientôt son habitat ordinaire. Les récentes observations faites par des bactériologistes ont une importance capitale; il a été établi que la mouche pouvait colporter la fièvre typhoïde, comme elle peut propager le choléra.

Mr. le Dr. M. A. Veeder a fait de très instructives expériences à ce sujet; il a montré que les mouches dévorent les microbes typhiques dans les déjections et les rendent avec leurs féces; qu'elles emportent l'agent infectieux avec leurs pattes, ensemençant, déposant le bacille typhique sur tous les objects avec lesquels elles sont en contact; la fièvre jaune,

le choléra sont souvent transmis ainsi, et comme ces insectes voyagent volontiers on expliquerait ainsi l'apparation de la maladie dans des endroits isolés et éloignés des causes ordinaires qui engendrent cette fièvre. Ces faits éclairciront peut-être la nouvelle donnée ci-dessus de la contagion directe de la fièvre typhoïde. M. C.

Nouvelles. Medical Record. 8bre. La présence de la fièvre jaune dans le Sud a beaucoup effrayé le peuple. Aussi a-t-on pris de grandes précautions contre ce fléau. Il y avait au 26 7bre, vingt six cas de moyenne intensité constatés à Wilson ; on ignore la source de contagion.

M. C.

La fièvre jaune a Mexico. Medical Record, 9tre. On a constaté officiellement cette maladie à Monterey. Le mal s'est limité, par la même raison athmosphérique qui l'avait fait disparaître des rives du Mississippi.

M. C.

La peste dans le Turkestan et en Madagascar. Un rapport du gouverneur de Samarcande nous a appris qu' au mois d'Octobre une grave épidémie sévissait dans le Turkestan. Le canton d'Iskender-Kul sur la route des caravanes pour Hessar a été le premier atteint. Les médecins envoyés par le gouvernement russe ont reconnu que cette maladie était la peste bubonique. On attribue la propagation de la maladie à un chef de caravane, qui vendait des vêtements, ayant appartenu aux pestiférés de l'Inde. La village d'Asob a perdu 233 habitants. L'administration russe a pris les mesures prescrites par le règlement du 3 juin 1897 sur la peste. On a brûlé les objets et les vêtements portés par les pestiférés et on a isolé Asob par un cordon composé d'habitants des villages voisins et par une poste d'observation de cosaques. On espère faire localiser l'épidémie comme il a réussi en 1879 à Wetlianka.

D'autre part, on apprend que la peste a éclaté aussi à Madagascar et qu'elle se répand rapidement dans ces régions où elle était inconnue jusqu'ici. Il semble que les germes de la maladie se sèment par ci et par là sur le globe. A Bombay la peste est en décroissance. Dans la dernière semaine de Novembre le nombre des décés a été de 50, c'est le chiffre le plus bas enregistré depuis Juillet. Par contre les villes de Seringapatam et de Bangalore (en Mysore) ont été éprouveés sérieusement. A Bengalore, nombre d'Européens sont tombés malades. On avait d'abord remarqué plusieurs rats et plusieurs écureuils dans les jardins d'une famille ou la peste avait éclaté. Il semble qu'il faut ajouter les écureuils à la longue liste des animaux sensibles au virus pestilentiel et susceptibles à la propagation de la maladie.

. . .

Un vaisseau contaminé de la peste à San Francisco. La barque française Du Chesseane venant de Hong Kong à San Francisco, (8tre 28) avait la peste à bord ; elle due subir une quarantaine indéfinie jusqu'à ce qui tout danger ait paru écarté, toutes les précautions, de désinfection ayant été prisés. En août le capitaine de ce bateau, mourait de la peste bubonique et en 7tre un matelot également. Aucun autre cas ne se présenta depuis, seulement on constata que tous les rats du bord avaient succombé à l'empoisonnement pesteux. M. C.

La peste à Vienne. Ce mal qui sème la terreur et que le ciel en sa fureur déchaine trop souvent sur notre pauvre humanité est venu faire quelques victimes de plus en pleine Europe, à Vienne. Cette peste pourrait être appeler expérimentale car elle est née dans le laboratoire de Nothnagel où le bacille pesteux était en culture. Il y eut quatre cas dont trois morts! Tous les journaux ont parlé de cette lugubre apparition de la maladie, qu' un rien a pu faire éclore, et que la science éclairée des disciples du grand Pasteur doit mettre cette fois à son actif, ce qui servira d'enseignement pour l'avenir, en entourant de plus scrupuleuses précautions tous les facteurs de contagion. Nous avons eu l'occasion dans un précédent article de montrer le rôle des insectes ailés dans la propagation des épidémies, celui de l'air de l'eau, des contacts directs, etc. c'est à trembler de se voir ainsi menacer constamment. — Les victimes de la peste viennoise ont succombé à la forme pneumonique de la maladie qui serait d'après Kitasato et Nakagawa invariablement mortelle.

Notre malheurenx confrère le Dr. Muller a payé de sa vie le dur tribu que la science impose souvent à notre profession dont le martyrologe ne compte plus les victimes, que sa mémoire moins reste chère et son nom respecté.

On a pris à Vienne les plus grandes précautions pour que le fléau ne s'étendit pas; on a détruit les objets et animaux du laboratoire ayant été en contact avec le bacille pesteux; on a ainsi enrayé la contagion.

Mais qu'il faudrait peu de choses pour rallumer ce terrible incendie.

M. C.

CIRCULUS THERAPIÆ.

Haemostaticum novum. D'après les Aztèques le *Comelina tuberosa* joint de qualités haemostatiques remarquables et pour cela les médecins mexicains y ont fixé l'attention (*Gaceta Med.* juillet) dans le traitement de l'épistaxis, de purpura haemorrhagica etc. Daniëls.

Révulsion et venaesection dans le traitement des maladies des yeux. Dans le *Journal Médical de Bruxelles* (5 Mai 1898). *H. Copper* constate que dans l'oculotherapie les déplétions locales ne sont pas négligées autant, que dans les autres branches de la thérapie. 1. La scarification de la conjonctive, dans l'ophthalmie des nouveaux-nés, pour combattre l'oedème de la conjonctive. 2. La canthotomie externe. 3. L'application de sangsues, dans la région temporale, ou au procès mastoïdien, parceque la première n'a pas beaucoup d'effet sur les vaisseaux de la rétine, de la membrane chorioïde ou du nerf optique; enfin dans l'angle oculaire interne pour attaquer directement la veine ophthalmique. *Copper* n'a jamais institué une venaesection générale. Il loue aussi les irritants, comme le beaume *Fioravanti*, appliqués sur le front ou le temporal, ou le Collodium Cantharidatum derrière les oreilles. Réf. rappelle qu'en Hollande on se sert pour le même but du Spir. ammoniae aromat. sur le front ou le temporal.

Daniëls.

Organo-thérapie des néphrites. Bulletin de l'académie royale de médecine de Rome (XXIV, 1). Mr. le prof. Concetti a obtenu de brillants résultats

dans le traitement de la néphrite aigue et chronique chez les enfants par de l'extrait de rein sous forme de poudre grise administrée à la dose de 1 à 4 gr. par jour en 4 ou 6 doses séparées. Il y eut 6 cas traités ainsi trois aigus, trois chroniques. Le traitement dura de 10 à 20 jours pour les premières, et fut obtenu très vite; pour les autres il fallut quelques mois de cette médication et un malade dut prendre 900 grammes de la poudre rénale en 7 ou 8 mais. On constata toujours une augmentation rapide de l'urine et de l'urée et une diminution de l'albumine et de tout le cortège pathologique accompagment le syndrôme.

Traitement du tétanos traumatique. (Indian Medico-chirurgic Review vol. II, n⁰. 5). BHICCAJI rapporte le cas d'une femme hindoue soignée pour une blessure de l'oreille dont le lobule avait été arraché. 4 jours après au milieu de la nuit, le tétanos se déclare avec tous ses symptômes, on conduit la blessée à l'hopital où on aseptise la plaie aussitôt et on lui fait prendre à 75 centigr. de chloral et autant de bromure de potassium toutes les 4 heures; la malade était en voie de guérison dès le 3e jour. Le traitement fut continué pendant 8 jours et la malade sortit de l'hôpital entièrement guérie 15 jours après son entrée.

SUR L'HISTOIRE D'UN REMÈDE.

UN LIVRE »DE CICUTA" PUBLIÉ À NAPLES EN 1767.

1. A Naples, dans la seconde moitié du dixhuitième siècle, Dominique Cotugno, Dominique Cirillo et Michel Troja eurent une grande célébrité: le premier fut clinicien et anatomiste, le second clinicien et botaniste, et le troisième maître en chirurgie et physio-pathologiste. A côté d'eux Jean Vivenzio eut la première place, non par le génie de l'invention, mais par son habileté à coordonner et diriger les études médicales dans le midi d'Italie. Sous ses auspices une nouvelle faculté de sciences médicales fut fondée (1777—1779); on leur confia des enseignements pratiques et des écoles de perfectionnement. Vivenzio aima surtout l'histoire de la médecine; il en donna un essai spécial dans un écrit intitulé «*Istoria dell'elettricità medica*», qu'il placa comme l'introduction à la version, qu'il fit de l'anglais de l'ouvrage de Tibère Cavallo «*Teoria e pratica dell' elettricità medica*».

Je parlerai ici d'un ouvrage de Vivenzio sur la cicuta, par lequel il prit part à ce mouvement passager, et peut-être anormal, produit par Antoine De Stoerck «*faustis ... cicutae extracto institutis experimentis*».

L'ouvrage de Vivenzio eut trois éditions (1767, 1770, 1774). J'en ai examiné la troisième, dont j'ai vu un exemplaire dans la Bibliothèque de l'Université royale de Naples:

> DE CICUTA COMMENTARIUS. AUCTORE JOANNE VIVENTIO SERENISS. SICILIARUM REGIS ARCHIATRO. [Editio tertia emendatior, ac novis accessionibus locupletior. Accedit epistola «*De Neapolitana Epidemica Febre anni MDCCLXIV*»]. NEAPOLI MDCCLXXIV. [Excudebat Donatus Campo. Publica auctoritate]; 4⁰, pp. I—XV, 1—102.

2. L'auteur dédie son ouvrage à Gérard Van Swieten, à qui il adresse les mots suivants: «*De cicuta enim agitur, cujus Tu mirabiles vires, ab improborum hominum impetu vindicasti; de cicuta, inquam, cujus in medicina usum,*

Te favente, percarus auditor quondam tuus, Caesareus nunc Archiater Antonius Störck revocavit . . .».

Il va sans dire que sous le nom de cicuta Vivenzio ne s'occupe que de la grande ciguë «*cicuta major est*».

Il [pp. 1—23] rapporte tout qu'on avait écrit sur la cicuta, depuis les temps les plus reculés jusqu' en 1746. Dans cette longue période il ne signale que l'an 56 de l'ère chrétienne, où Aulus Persius fut le premier à rapporter que ce fut la cicuta qui donna la mort à Socrate; avant Persius on avait attribué en général la mort de Socrate à un poison, sans préciser la plante qui l'avait occasionnée:

«*Certe Xenophon, Socratis auditor, dum praeceptoris sui mortem describit, κώνειον, cicutam, quod notasse intererat, non memorat. Plato Socrati mortem attulisse scribit non κώνειον, cicutam, sed φάρμακον, venenum. . .*

«*Aulus Persius, omnium primus Socratem cicuta sublatum scripsit, cujus deinde vestigia caeco, ut ita dicam, animi impetu sequuti fuerunt Seneca, Dioscorides, Plinius, Macer, Juvenalis, Aelianus, Laertius, aliique ex veteribus. Extat tamen eruditissimus Aulus Gellius, qui ante Aelianum et Laertium claruit, et Socratem veneno, non cicuta necatum fuisse scribit*».

Ce que Vivenzio étudie de cette première période historique peut-être résumé dans les conclusions suivantes données par lui-même:

1) «*Fuisse, usque ad annum Chr. LVI, medicos aliosque scriptores, qui non solum cicutam, velut venenum, non habuerunt, sed etiam eam interne usurparunt, aut de ea, ut remedio, scripserunt.*

2) «*Ab anno Chr. LVI invaluisse inter scriptores opinionem de venenata cicutae vi, credulae inde posteritati transmissam.*

3) «*Qui cicutam ut venenum damnarunt, illos pariter interne adhibuisse.*

4) «*Proximioribus temporibus extitisse medicos, qui spreta antiquorum auctoritate, desperatissimis multis in morbis illius internum usum prospero cum successu laudarunt.*

5) «*Magnopere vetustos medicos externas cicutae vires celebrasse, quamplurimosque inde recentiores celeberrimos*».

Dans le nombre des auteurs mentionnés par Vivenzio je n'en indiquerai que trois: Pierre Hispanus (XIII siècle), Jérôme Mercuriali (XVI siècle), et Jean Calvus (XVIII siècle): le premier «*ad curandam epilepsiam cicutae decotionem commendavit*», le second «*in furore uterino internum cicutae usum suasit*», le troisième a écrit sur la mort de Socrate (Pise, 1713).

3. La seconde période fut inaugurée par Van Swieten, et eut pour son point de départ ce que cet auteur enseigna en publiant les institutions médicales de Boerhaave «*De venenis agens, saepissime auditoribus inculcabat, ut sedulo venenatarum plantarum, aliorumque toxicorum naturam indagarent; propterea quod sub venenorum nomina summa latere medicamenta suspicabatur*». La maxime de Van Swieten fut acceptée surtout par De Stoerk, qui «*suspicari coepit an non in succo cicutae vis solvens, penetrans, et discutiens lateret*».

Car fut par De Stoerk que furent publiés, comme on le sait, les ouvrages suivants:

1. *Libellus quo demonstratur, cicutam non solum usu interno tutissime exhiberi, sed et esse simul remedium valde utile in multis morbis. Vindobonae* 1760.
2. *Libellus secundus, quo confirmatur cicutam etc. Vindobonae* 1761.
3. *Libellus quo continuantur experimenta et observationes circa nova sua medicamenta. Vindobonae* 1765.

Le premier écrit fut sur-le-champ répandu en Italie «*eodem ipso anno* (1760) *Venetiis, deinde Neapoli typis editum fuisse*». Vivenzio non seulement le divulgua, mais en mit en pratique les enseignements en trois cas [a) *in uxore bibliopolae cancro sinistra in mamma laborante;* b) *in nobile muliere;* c) *in religiosa virgine, quinquaginta circiter annorum, foedissimo cancro in mamma vexata*]: les résultats cependant furent négatifs «*absque laudabile exitu . . . infelici pariter eventu*».

En 1762—1763, Vivenzio tâcha d'avoir la véritable cicuta et de la recueillir dans cette saison de l'année, où De Stoerk conseillait de la chercher. Dans ce but il envoya un pharmacien expérimenté sur une montagne du territoire napolitain [*ad montem Magellanum, qui in Samnii citerioris Provincia situs est; et indigenarum herbarum feracissimus*]; il remit au pharmacien l'ouvrage de De Stoerk, et un autre livre utile pour avoir la connaissance exacte de cette plante «*ejdem ego Störckii librum dedi, et alterum quoque adjeci Herbarii operis Cel. Weinmanni volumen, ubi . . . exactissima erat nostrae cicutae imago, veris effìcta coloribus*».

L'excursion du pharmacien napolitain satisfit tout à fait le desir de Vivenzio «*Decima quinto a discessu die Pharmacopola rediit, secumque attulit extracti cicutae copiam, quod ad praescriptas in laudato Störckii libro leges paratum erat, crassum scilicet, ex fusco viridescens, et ingratissimum habens foetorem, qualem mures domestici spargunt*».

4. Ce fut ainsi que commencerent à Naples les fastes de la ciguë; Vivenzio fut bien aise de pouvoir «*Anticicutarios experimentis convincere de vitali cicutae ingenio*».

En décembre 1763, rempli de joie il reçut la lettre suivante de Van Swieten:

> «*Vidisti procul dubio, quod cl. Störck me testem binorum casuum citaverit in opusculis, quae legisti. Candorem, modestiam, scientiam, in egregio hoc viro laudant omnes. Ego cicuta omni data occasione utor, nec poenitet. His diebus adhuc vidi ulcus cancrosum totam faciem miserrime depascens, sanatum hoc remedio. Multi hinc inde obstrepunt, sed facile illis permittitur, ut aliis remediis sanent, si possint*».

En 1764 une constitution épidémique sévit à Naples, décrite ensuite doctement par Michel Sarconi [*Istoria Ragionata de' Mali osservati in Napoli nell' intero corso dell' anno* 1764. *Scritta da Michele Sarcone, medico direttore dell' Ospedale del Reggimento Svizzero di Jauch. In Napoli MDCCLXV*]. Vivenzio dut, par suite, interrompre ses études sur la ciguë. Il les reprit en l'an 1765, pour les interrompre encore une fois, car il fut obligé de faire un voyage en qualité de médecin de la Cour royale. Cependant il tira de ce voyage un grand avantage pour ses études; en effet il fut la recontre avec De Stoerk à Oettingen (Bavière): «*post varios casus, postque varia discrimina, tandem Oenipontum venimus, ubi in Caesaris aula cl. Störck conveni*».

Vers 1766, Jean Vivenzio, revenu à Naples, reçut de ses colligues de nouveaux témoignages de l'efficacité de la cicuta. Ce fut ainsi que son enthousiasme s'accrut davantage et qu'il fit de la cicuta une véritable panacée.

Dans la seconde partie de son livre (pp. 39—57) il donne un compte-rendu exact des maladies qu'il a soignées. Les malades soumis à ses études étaient pour la plupart de Naples ou des pays environnants [*Puteolis, Nolae, in oppido Palmae prope Nolam*]; quelques-uns appartiennent à l'hôpital de

S. Marie du Peuple (Hôpital des Incurables). Vivenzio distingue les infirmités par groupes: «*Capitis morbos; pectoris affectiones; affectiones abdominis; morbos, qui interiores urinae vias impediunt; morbos qui externum corporis habitum afficiunt; veneream luem; . . . ulcera cancrosae naturae*»:

5. Il vient ensuite une troisième partie (pp. 58—84); contenant le récit de tout ce qu'on a écrit pour ou contre la ciguë depuis la publication de De Stoerk, dans les différentes nations de l'Europe. Pour l'Allemagne il rappelle les ouvrages de Locher, Leber, Collin, Hezel, Vogel, Strack, Polzer. Pour la Suisse il cite deux ouvrages de Tissot. Quant à la France Vivenzio rapporté deux témoignages, l'un de Dominique Cirillo, et l'autre du fils de Molinelli. Le premier voyagea en France en 1769, et à Paris «*in Xenodochio Charitatis observavit chirurgos ibi felici semper eventu adhibere cicutae emplastrum ad callosam dissolvendam duritiam, quae saepius in labiis malignorum ulcerum conspicitur*». Le second «*diarium exhibuit curationis Monspellii a se peractae cujusdam mulieris, quae a longo tempore scirrhosum tumorem sinistra in mamma gestabat a suppressa menstruatione natum*». Pour l'Espagne il mentionne les études de Casimir Comez Ortega. Quant à l'Angleterre Vivenzio tire avantage d'un témoignage de Pringle. Pour l'Italie il rappelle Antoine Marie Ripamonti, Joseph Vespa, Veratti et Ludovic Rouppe, natif de Leyde: celui, étant médecin de marine, soigna à Malte un chevalier Hyerosolimitain «*cui horrendus cancer dexteram totam genam, superioremque lateralem colli partem occupabat; ejusdemque naturae tumores alii sub axillis, in epigastrica, ac in umbelicali regione erant*» [voir Rouppe L., *De morbis navigantium; Accedit observatio de effectu extracti cicutae Störkiano in cancro. Lugduni Batavorum* 1764].

Parmi ceux qui combattirent les ouvrages de De Stoerck, en condamnant l'usage de la ciguë, Vivenzio mentionne, avant tous, Antoine De Haen, dont il rapporte la lettre suivante, publiée par Tralles:

> «*Candide fateor centum ac decem experimenta a me capta ita me fefellisse, ut palam tester, nemini profuisse, plures in pejus lapsos esse, eju denique continuato sub usu octo periisse; conclusi cicutam ineptum esse remedium*».

6. Je viens de résumer le commentaire de Vivenzio [1]) dans le simple but de faire connaître l'existence d'un médecin napolitain qui s'attacha à l'oeuvre de De Stoerck et aux enseignements de Van Swieten, avec un enthousiasme excessif. Je ne porte aucun jugement là-dessus, ni ne suis à même de le porter. Comme pour l'Histoire générale de la Médecine Joseph Hyrtl distingue deux périodes: la période de la Médecine sans Anatomie; celle de la Médecine avec Anatomie; — de même pour l'Histoire particulière de la Thérapie on peut distinguer aussi deux périodes: la période de la Thérapie sans Chimie et celle de la Thérapie avec Chimie. La Thérapie des anciens, la thérapie sans chimie, offre à l'histoirien, sauf les cas de quelques remèdes héroiques, bien des doutes, puisque, pour la plupart, on ignore la vraie constitution du médicament, qui est préparé

---

[1]) Étienne Delle Chiaje [*Iconografia ed uso delle piante medicinali, o sia Trattato di Farmacologia vegetale. Napoli 1825*; t. II, pp. 41—45] rappelle l'oeuvre de Vivenzio: il remarque d'un côté les éloges exagérées, que De Stoerk prodigue à la Ciguë, et de l'autre il parle de l'action médicale, que Müller et Cullen lui refusent entièrement. Cependant il rappelle les observations de Mr. Scattigna faites sous sa direction: elles commentent l'usage de la Ciguë dans le traitement du squirre des mamelles, en précisent l'emploi et avec quelles autres substances.

empiriquement, ses modalités en contact d'autres substances, et ses altérations étant également inconnues. Les vieux médicaments d'une nature inconnue s'étant changés en des substances, ou des groupes de substances chimiquement déterminées, l'étude moderne biologique, faite par des expérimentations sur les animaux, peut, à elle seule décider du degré de probabilité de leur efficacité présumée; elle peut exclure cette probabilité même, ou bien, dans le cas affirmatif, elle peut limiter jusqu'à quel point cette probabilité atteint la certitude. Entre l'ancien empirisme et la clinique thérapeutique il n'y a que la pharmacologie expérimentale qui juge s'il doit y avoir un lien ou une division. C'est à la pharmacologie expérimentale de décider du «*Circulus therapiae*». D'ailleurs, il n'y a qu'elle qui peut préciser entre quelles limites de quantités minimes pondérales, dans quels moments pathologiques, en quelles concomittances, le *φάρμακον* «venin» peut, pour un instant, être un *φάρμακον* «vrai médicament».

7. Les études sur la ciguë, faites dans notre siècle, peuvent cependant se classer sous deux points de vue: le chimique et le biologique.

Au point de vue chimique voici l'énumération des faits:

1) Découverte d'un alcaloïde dans la ciguë, la *coniine* C_8 H_{15} *Az* (Giesecke, 1826).

2) Préparation de ce composé toxique de la ciguë (Geiger, 1831).

3) Connaissance de sa function chimique probable (Gerhardt, Kekulé e Planta, Wertheim).

4) Synthèse de la *coniine*, ou, suivant quelques-uns, de l'un de ses isomères (Hugues Schiff, 1871).

Au point de vue biologique sa vaste littérature peut se résumer sous quelques points principaux:

1) Schroff étudie le tableau nosographique de l'empoisonnement déterminé par la *coniine* [2]).

2) Orfila distingue trois périodes déterminées par cette action toxique: 1. période du vertige; 2. période des convulsions; 3. période de la paralysie.

3) Kölliker (1850) démontre que la *coniine* a de la sorte une action équivalente à celle du *curare*, c'est à dire qu'elle détermine la paralysie générale par une action paralysante sur les extrémités périphériques des nerfs moteurs.

4) On émet des doutes sur les conclusions de Kölliker. Tirjakyan (1878), dans le laboratoire de Vulpian, trouve que la *coniine* pure agit sur les centres encéphalo-moellaires. Charles Gioffredi (Naples, 1893) étudie la pathogenèse des convulsions, et précise qu'elles sont en général d'une origine encéphalique, et parfois d'une origine encéphalique et spinale. Il trouve que la *coniine*, tant pour la forme que pour la genèse des convulsions, se rapproche beaucoup de *hydrochinone* et de la *picrotoxine*. Quant à l'action de la *coniine* sur l'excitabilité névro-musculaire, il trouve que

---

2) L'illustre professeur Arnaud Cantani parle doctement de la ciguë [*Manuale di Materia Medica e Terapeutica. Milano 1877*: vol. II, pp. 183—195]. Il rappelle sur la nosographie de l'empoisonnement les vers suivants de Nikander (138 a. J. C.):

„Tu quoque signa malae jam contemplare cicutae. Haec primum tentat caput, et caligine densa Involvit mentes; oculi vertuntur in orbem. Genua labant. Quod si cupit ocyus ire, caducum Sustentant palmae corpus: faucesque premuntur Obsessae, et colli tenuis praecladitur isthmus. Extremi frigent artus; latet abditus imis. In venis pulsus; nihil inspiratur ab ore. Fata instant!...“

les appareils périphériques (extrémités des nerfs moteurs et fibres musculaires striées) ne subissent pas l'action immédiate du médicament-poison. Celui-ci choisit, pour premier siège de son activité toxique, les centres nerveux, d'où part l'action dévastratice de l'organisme [3]).

Avec une certaine ironie Daniel Guillaume Triller (Frankfort, 1766) écrivait: «*Dira illa, seu rectius dira cicuta alias atrocissimum, ac pestilentissimum venenum nunc omnium fere morborum hucusque insanabilium panacea*». Vivenzio au contraire inscrivait en tête de son livre la traduction des vers suivants de Pythagore:

«*Consulta ante opus, ut ne stulta inde existant.*
Stolidi utique est viri et facere et dicere inconsiderata.
Verum ea perage, quae te postea non molestent».

La pensée du divin vieillard de Cos est toujours vraie: «*Ars longa; . . . experimentum periculosum; judicium difficile*».

Modestino Del Gaizo (Naples).

3) Voir „Gioffredi C., *Sulla pretesa azione curarica della coniina; Ricerche sperimentali. Napoli 1893*" [*Giornale dell' Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti*].

VARIÉTÉS

Les altérations histologiques produites par le venin du serpent à sonnettes et ceux du lezard. On a constaté une ressemblance frappante entre les substances toxiques produites par les microbes, par certaines plantes, ou mieux encore par certains animaux. Il a été nettement établi que des animaux peuvent être immunisés, non seulement contre des toxines microbiennes, mais contre des venins de differentes origines. Ehrlich a immunisé des animaux contre le ricin et l'abrin et Calmette, contre le poison des serpents à sonnettes.

Il y a aussi certaines ressemblances chimiques entre les toxines d'origines diverses surtout dans leur faible résistance à la chaleur. On a ainsi trouvé une certaine ressemblance entre les lésions produites chez les animaux frappés par ces poisons variés. Les altérations produites dans les tissus par le poison des serpents et des lézards n'ont pas encore attiré ni fixé beaucoup l'attention. Nowak a récemment fait connaître ses études spéciales à ce sujet.

Si les poisons de serpents à sonnettes et de lézards sont injectés sous la peau, à dose mortelle, la mort survient parfois de suite, mais souvent n'a lieu que quelques heures et même plusieurs jours après.

Les expériences de Nówak ont porté sur des animaux d'espèce différente après la mort des sujets par les venins des serpents, la peau devient friable, jaune et congestionnée; les reins ont les mêmes lésions, le foie, les reins et les poumons sont les organes les plus atteints de dégénérescence.

Sanarelli a appelé l'attention sur les altérations organiques avant Nowak et a montré dans son travail sur la fièvre jaune qu'il y avait similarité entre les lésions de cette maladie et celles par d'autres poisons, tels que ceux des serpents. Le résultat de l'étude des poisons sur le système nerveux serait publié plus tard.

Prix créés pour la recherche des maladies africaines. In: Journal of the medic. assocat. Un prix de $ 5000, a été accordé pour favoriser les études des maladies au Congo; il a été reçu par la société des études coloniales de Bruxelles et la société offre deux récompenses de $ 500 pour que l'on s'éfforce d'ajouter quelque découverte à l'évolution de l'hématozoaire de Laveran et pour la découverte de l'origine de la fièvre hémoglobinurique.

M. C.

Découverte d'un temple d'Esculape. In: N.-Y. Med. Journ. Le Gaulois, annonce une découverte archéologique interessante faite récemment dans l'ile de Paros, par l'école allemande d'archéologie d'Athénes. On aurait découvert les restes du célèbre temple d'Esculape décrit par différents auteurs grecs. De nombreuses tables votives ainsi que des colonnes avec des inscriptions, offrent un grand intérêt historique. Non loin du temple on a découvert une fontaine qui daterait de 5 ou 6 cent ans avant l'ère chrétienne.

M. C.

Préparation de quinine agréable au goût. In: Klin.-thérap. Wochenschrift N⁰. 14, '98. Prenez: Sulfate de quinine 4, Acide citrique 10, Sirop simple, Sirop d'écorces d'oranges a 1, Eau distillée q.s. jusqu'à 20. Prenez 10 ou davantage de gouttes de ce mélange dans 50 gr. d'eau dans laquelle on aura fait dissoudre 0.30 gr. de bi-carbonate de soude et buvez au moment de l'effervescence.

M. C.

Pratique de la médecine aux îles Hawaï. Il faut maintenant une licence délivrée par l'office de santé pour exercer la médecine dans l'archipel hawaïen; on est tenu de subir un examen et un contrôle qui se rapproche de nos épreuves universitaires pour être admis à pratiquer l'art médical.

Déontologie médicale. Par Mahendra Lal Sircar M. D. C. I. E. in »The Indian Lancet" Février. Souvenirs hippocratiques pleins d'à propos et qui seront accueillis avec tout le respect voulu par les praticiens auxquels ils s'adressent. Nous relèverons dans cet article le fameux serment d'Hippocrate un peu trop oublié en notre fin de siècle qui aura eu à enregistrer bien des défaillances professionnelles. Ce qui console au milieu de tout cela nous dit le Dr. Adams, le savant traducteur anglais de l'illustre vieillard de Cos, presque le Littré du père de la médecine, c'est qu' au fond, le médecin se souvient toujours des grandes lignes de morale professionnelle et sait les appliquer.

La publication d'un code déontologique était déjà faite en 1807 lorsque le Dr. Percival en écrivit un autre qui servit plus tard à l'association médicale américaine pour en refaire un nouveau sur les bases de celui du Dr. Percival. Ces divers écrits et leur signification spéciale n'ont pas produit l'effet moral qu'on pouvait en espérer.

Signalons encore le souvenir laissé à leur sortie à tous les gradués de l'université d'Edimbourg, sous forme de conseils pratiques et de haute moralité déontologique par M. le Prof. Greenfield; on y trouve surtout cet »esprit de corps" qui en est la base vraie et que l'étudiant, devenu docteur ne doit jamais abandonner.

CORRESPONDANCE.

Leprosy is incurable, Mr. UNNA *and his great successes to the contrary notwithstanding.*

To the Editor of *Janus!*

I find in your issue of July and August that a kind of delusion which seems to have nearly set, in our parts of the globe, that is Europe and America, is rising most unexpectedly in the Dutch East Indies. Of course Dr. Unna belongs to us, but I do not think that any leprologist cares very much for the various cures of leprosy of which he is the author. Dr. Unna's very last invention (me thinks it is the third), and what he has to say for it, is known to every body, whether we are leprologists or simple dermatologists. This third invention (if it is the third) has now found a supporter, and it seems a staunch one in Dr. Voorthuis, of Apeldoorn. This is very surprising.

Mr. Unna, whose high position in the dermatological world nobody will contest, seems to be particularly bent on finding a sure and perfect cure for leprosy. He has now invented a new treatment for the terrible disease, and seems to place in it much more confidence, than in his first essay. That first effort had been a purely dermatological performance, with all the mixtures and recipes, and tricks and paraphernalia of dermatology. His patient not only found her tubers receding, but was perfectly cured of every symptom of disease. This immense result was proclaimed through the whole medical world. *A leper had been cured:* but she died two years afterwards of leprosy in Rio de Janeiro, under the care of Dr. Havelburg. For these facts there are documents.

It would seem that after this failure, Dr. Unna sadly but clearly recognized the truth which seems now to be borne in upon the medical body, that is that leprosy does not belong to the province of the dermatologist, and cannot be got at, by his superficial applications. He says now that the muscles of lepers are immune, and that therefore an infection of meat-juice will cure the disease. But are the muscles immune? Mr. Impey from Capetown, thinks so: but, although I have a rather large correspondence, I do not know one leprologist, who agrees with him. Every one knows the history of Dr. Carrasquilla, of Bogota, and of his lamentable failure, after much reasoning on principles as solid as the muscular immunity before said, after many high-sounding assurances and promises. And now it seems that Dr. Unna, in his new issue seems to be steering in the same direction as Carrasquilla, with the difference that while there was something slightly plausible, at least for the lay mind, in the latter, such poor plausibility does not even exist in Unna's fancy. Between horse-serum and the bovine juice, there is not a step: one is just as immune as the other. Both animals, and all other animals, are immune. There would seem that there would be more chance of a remedy from horse-serum, after inoculation with the leper-blood, than from pure bovine-serum.

Experiments on Carrasquilla's serum have not been wanting. I have my self seat samples of it to Russia, to Norway, to Brazil, to Hawaii, to Japan, to Canada, etc., (mostly at my own expense). Of course, if

favorable results had been obtained, results showing clearly the efficacy of the remedy, although the remedy have seemed theoretically, to a scientific thinker, absurd, yet we should have paused before pronouncing such a severe judgment. We know that clinics are apt to show the way to cure, before scientific understanding can throw any light upon it. But what are the facts? They always consist in a more or less observable regression of the tubers, and perhaps some slight general phenomena of apparent amelioration. Carrasquilla obtained an immense amount of these retro-gressions. Indeed there was never a man who proposed a cure for leprosy, and their name is legion, who did not obtain a number of them. If ever I have time, I shall make a list of this host of inventors and a slight account of the retro-gressions, which they boasted, or were said to have obtained. Let only say this in passing: I venture to say that if Carrasquilla had used nothing but blood of bulls, he could have obtained them by this simple means. A certain physician of New-Orleans, had announced that some absurd system of leper cure, which he thought he had invented, would revolutionize the world of medicine. He also obtained the retro-gressions, ... and nothing more.

Albert S. Ashmead, M. D.

New-York. Sept. 12, 1898.

. . . .

Ouvrages reçus pour analyse:

Zur Serumtherapie der Lepra, von Prof. K. Dehio. Separat-abdruck aus der »St. Petersburger Medic. Wochenschrift", No. 27, 1898.

Over gezondheid en ziekte in heete gewesten; rede, uitgespr. bij de aanvaarding van het hoogleeraarsambt in de gezondheidsleer, geneesk. politie en gerecht. geneeskunde, a/d Rijks-Universiteit te Utrecht, den 1en October, 1898, door Dr. C. Eijkman. Uitg. J. v. Druten, Utrecht.

Ueber erworbene Pigmentflecke in der Bindehaut des Malayen, von Dr. L. Steiner, in Surabaya (Java). Separat-abdruck aus dem Centralblatt f. pract. Augenheilkunde 1898, Juliheft. Red. Prof. J. Hirschberg. — Leipzig, Veit & Comp.

The mosquito and the malaria parasite, being an address delivered by request in the section of tropical diseases at the annual meeting of the British Medical Association, held in Edinburgh, July 1898, by Patrick Manson, M. D., L. L. D., F. R. C. P. Reprinted from the British Medical Journal, September 24th, 1898.

Testamento di Maestro Taddeo degli Albertotti publicato per cura del Dr. Domenico Barduzzi, prof. ord. nella R. Università di Siena. In Pisa con i tipi del Car. Francesco Mariotti, 1898.

Some thoughts concerning disease and recovery, in their relation to therapeutics, by Solomon Solis Cohen, A. M., M. D., Prof. of clin. medicine and therapeutics in the Philadelphia Polyclinic, etc. etc.

Annual address, delivered before the Medical and chirurgical faculty of Maryland, at the 98th annual session, Baltimore, (MD.), April 30th, 1896.

La Peste en Normandie du XIVe au XVIIe siècle par le Dr. Louis Porquet. Editeur Alex Coccoz, 11 R. de l'Ancienne-Comédie, Paris, 1898.

Tuberculosis and the public health, read by Gr. G. Lane Mullins, M. A., M. D., at Sydney, Jan. 7, 1898.

A brief history of smallpox and vaccination in N. S. Wales from the foundation of the colony to the present, by the same, 1898.

N. S. Wales as a health resort for Britisch consumptives, read by the same at Carlisle, Juli 1896.

Notes on phthisis in N. S. Wales and other Australasian colonies, read by the same at Brisbane, Jan. 1895.

Cancer in N. S. Wales by the same. Reprinted from the Austral. Gazette, Jan. 20, 1896.

Chirurgie de Guillaume de Salicet, achevée en 1275. Traduction et commentaire par le Dr. Paul Pifteau, 568 pages. Impr. Saint-Cyprien, Toulouse, 1898.

Les compaignons de l'office de chirurgie et barberie de Tholoze en 1517, par le même, 79 pages. Edit. par R. Thomas et Cie., Toulouse, 1898.

Malaria und Höhenklimat in den Tropen, von Dr. J. H. F. Kohlbrugge, prakt.-Arzt am Sanatorium Tosari (Ost-Java). Sonderabdr. a. »Archiv fur Schiffs- und Tropen-Hygiene", II, 1898.

Le chaos lumineux de la rétine et ses relations avec le seuil de l'excitabilité rétinienne par Ed. Pergens (de Bruxelles). Extrait des annales d'oculistique, août, 1898. Saint-Amand (Cher), impr. Poussière frères.

Zur Geschichte der Anwendung des Höhenklimas (Gebirgsklimas) behufs Heilung der Lungenschwindsucht (Lungentuberculose), von Dr. Bernhard Schuchardt, Geh. Regierungs- und Obermedizinalrat zu Gotha. Sonderabdruck aus den Jahrbüchern der Kön. Academie gemeinnütziger Wissenschaften zu Erfurt. Neue Folge, Heft XXIV. Verlag von Carl Villaset, Erfurt, 1898.

Epidemiologische Untersuchungen ü. die Lepra und den aetiologischen Zusammenhang ihrer Einzelerkrankungen, von Heinrich Lohk. Aus der Hospitalklinik des Prof. K. Dehio in Dorpat.

COLLABORATEURS

Conditions de l'abonnement.

Prix de l'abonnement pour tous les pays: Pour une année, partant de n'importe quelle époque, (six livraisons), formant un volume d'au moins 700 pages: **Douze florins de Hollande.** Environ Frs. et L. 25.— M. 20.40; £ 1; $ 5.—; Z.R. 10.—

Pour s'abonner envoyer **Douze florins** en mandat-poste, chèque, etc. **aux Editeurs** du „Janus", DE ERVEN F. BOHN, Harlem. On peut se procurer des livraisons isolées en envoyant Fl. 2.50 en mandat-poste.

S'adresser pour tout ce qui concerne la Rédaction au Dr. H. F. A. Peypers, Parkweg 70. Pour l'Administration, annonces, etc. aux Editeurs.

